ALLEGATO
DETERMINA N. 95/AV
DEL 27 FEB. 2017

Allegato A

PIANO DELLA PERFORMANCE

2017-2019

INDICE

A) Presentazione del Piano: finalità e principi 3
B) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni 3
1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale 3
2 - La popolazione assistita 6
3 -Analisi del contesto esterno 7
C) L'Amministrazione «in cifre» 12
1 - Le risorse economiche e finanziarie 12
2 - Le risorse professionali 15
3 - La struttura dell'offerta 15
4 - I servizi sanitari erogati 20
D) Il Piano delle Performance 2017-2019 22
1 - Obiettivi strategici 22
2 – L'albero della Performance 23
3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2017 30
E) Il ciclo della performance 51
F) Il sistema di valutazione e misurazione della performance 54
1 - La finalità 54
2 – Il processo di valutazione 54
3 - Il processo di misurazione 55
4 - Gli strumenti di misurazione 56
5 – La corresponsione dei compensi 56

Allegato 1: Scheda di Budget
Allegato 2: Scheda di valutazione Dirigenza e Comparto (Fac-simile)

A) Presentazione del Piano: finalità e principi

Il presente Piano, in continuità con le edizioni precedenti, individua per il triennio 2017-2019 gli indirizzi, gli obiettivi strategici ed operativi, nonché gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'Azienda ASUR, in conformità a quanto previsto dalla normativa vigente (art. 10 del D.lgs. 150/2009 e art. 10, comma 8, D.Lgs. 33/2013).

Il Piano della performance dà avvio al Ciclo di Gestione della performance così come previsto dal D.Lgs. 150/2009 e costituisce il documento programmatico attraverso il quale, in conformità con le risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria nazionale e regionale, sono individuati gli obiettivi da perseguire.

La misurazione e la valutazione della performance rappresentano strumenti di miglioramento, di crescita e di responsabilizzazione di tutto il personale oltre che pongono in essere percorsi di miglioramento continuo delle performance. Il documento esplicita e declina la programmazione strategica anche al fine di consentire a tutti coloro che sono interessati di avere conoscenza degli elementi utili per la valutazione della performance aziendale.

La peculiarità dell'ASUR, quale Azienda unica regionale della Regione Marche, rafforza la natura del Piano delle Performance, quale linea guida di riferimento per i processi di performance interni alle Aree Vaste. A partire dall'1/1/2017 entrano in vigore le disposizioni contenute nella Legge n. 32/2015, le quali modificano l'art. 8bis della L.R. 13/2003 attribuendo la funzione di contrattazione decentrata all'ASUR, compresa la sottoscrizione del relativo contratto. Al momento della stesura del presente Piano risulta altresì in discussione in IV Commissione la proposta di legge n. 104 del 23 dicembre 2016, che cambierebbe nuovamente il quadro normativo vigente.

B) Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

1 - L'Azienda Sanitaria Unica Regionale

La **Legge Regione Marche n. 13 del 20 giugno 2003** ha istituito l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR), unificando le precedenti 13 ASL e riformando l'intero assetto istituzionale del sistema sanitario della Regione Marche; l'esperienza di un'unica azienda sanitaria nella Regione è stata la prima in Italia, con un dimensionamento territoriale che corrisponde all'intero territorio regionale e con una popolazione assistita di più di 1.500.000 di cittadini.

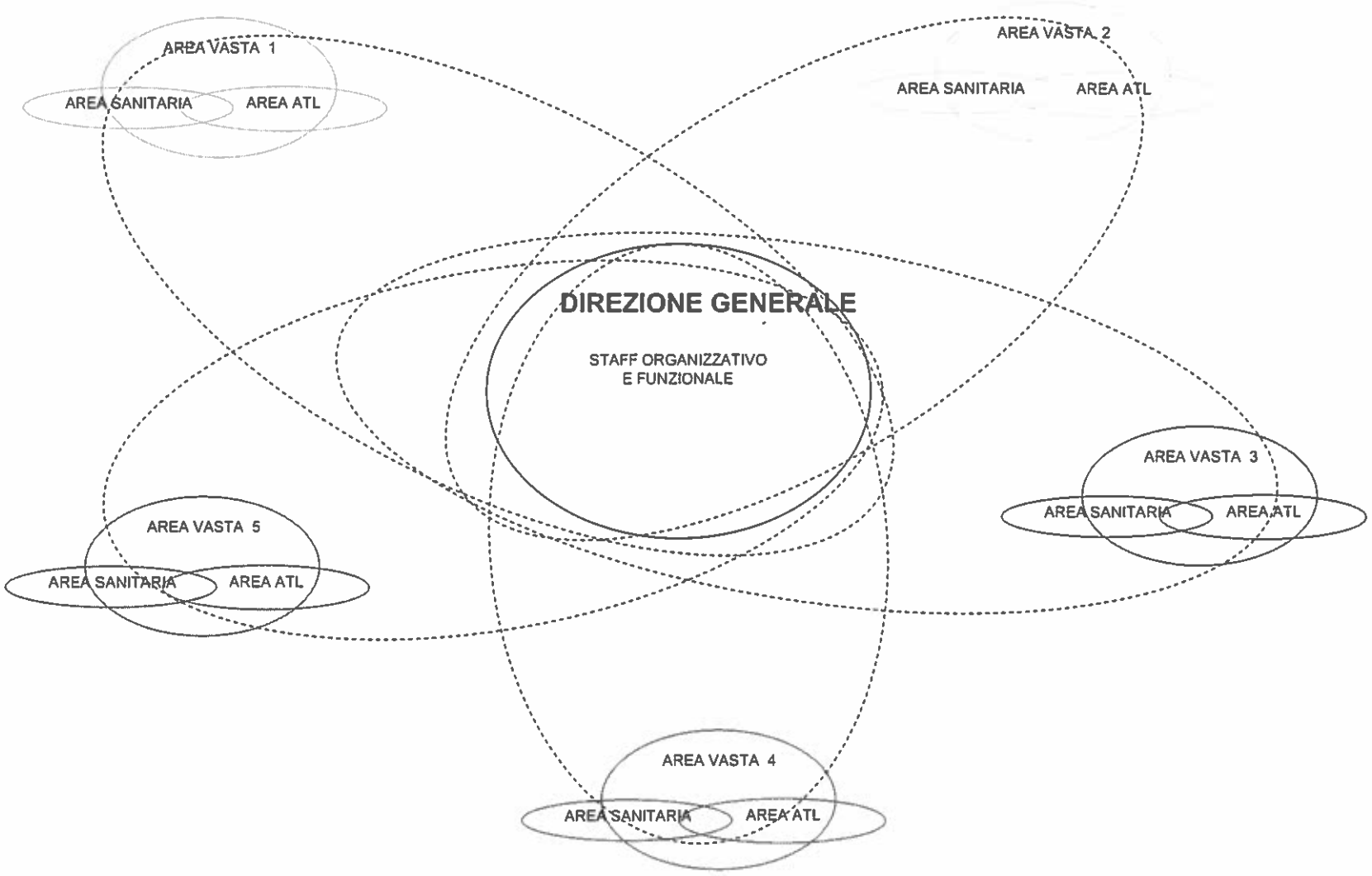
Sulla base delle modifiche introdotte con la Legge Regione Marche n. 17 del 1 agosto 2011, l'ASUR è articolata in cinque Aree Vaste, di seguito rappresentate, le quali hanno il compito di assicurare alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantire l'equo accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria.

In tale contesto, l'ASUR conserva la propria *mission* di **garantire in modo costante ed uniforme la tutela dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche**. La dimensione regionale favorisce il perseguimento dell'obiettivo di **rendere l'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari omogenea sul territorio ed equamente accessibile**, nonché la possibilità di leggere in modo unitario e coerente i bisogni di salute dei cittadini, nella prospettiva di **fornire risposte appropriate su più livelli di complessità**.

Obiettivo strategico dell'ASUR, pertanto, è quello di realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di garantire la compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio-economico regionale, peraltro messo a forte rischio dalla netta riduzione dei trasferimenti statali. Nel caso siano liberate risorse, queste saranno destinate alla qualificazione dell'offerta. In questa prospettiva, l'ASUR indirizza le Aree Vaste nel loro ruolo di attori protagonisti di nuove forme di governance nei rispettivi territori affinché siano garanti dei servizi forniti e gestori delle strutture ed organizzazioni all'uopo deputate.

L'assetto organizzativo-funzionale aziendale, rappresentato nel grafico seguente, si rifà a quello dei sistemi a rete in cui le articolazioni organizzative rappresentano un insieme di nodi che sono legati tra loro da relazioni e connessioni più o meno deboli e che condividono sistemi operativi a supporto del funzionamento della rete (linguaggi, codici, valori che guidano i comportamenti, gli strumenti di programmazione e controllo, strumenti di integrazione gestionale, la gestione del personale,..).

Organigramma / funzionigramma aziendale



2 - La popolazione assistita

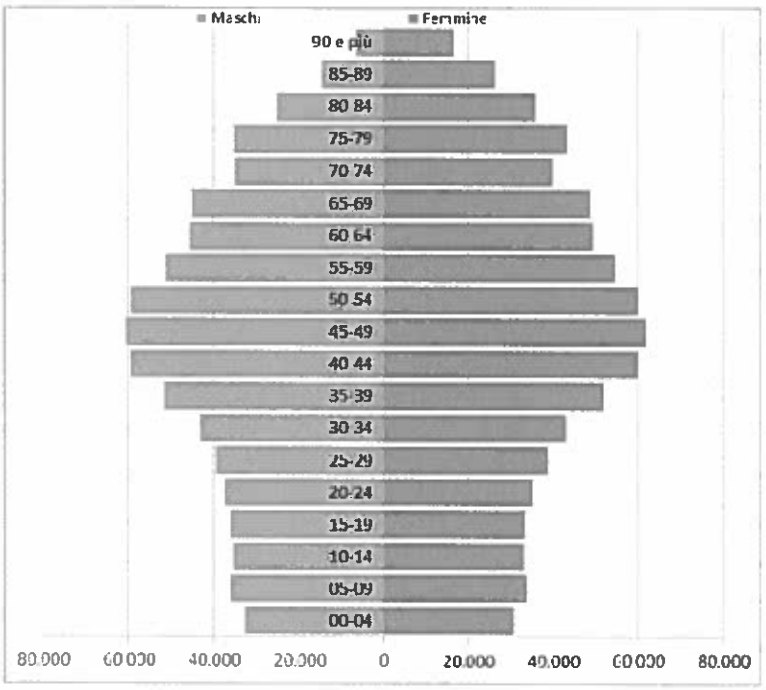
L'ASUR Marche si estende su un territorio di 9.401,4 Kmq (3,2% del territorio nazionale) con struttura geomorfologica differenziata. La popolazione assistita al 01/01/2016 è pari a 1.543.752[1] distribuita in 236 Comuni e in 13 Distretti, con una densità di 165 abitanti per Kmq. La popolazione per Area Vasta e classe di età è riportata nella tabella seguente.

AREE VASTE	TOTALE POPOLAZIONE ALL' 1-1-2016	CLASSI DI ETA'							
		Neonati	1-4 anni	5-14	15-44 Maschi	15-44 Femmine	45-64anni	65-74anni	=>75anni
AV1 PESARO	361.561	2.802	12.532	33.610	62.680	61.766	103.532	39.705	44.934
AV2 ANCONA	489.070	3.718	16.391	44.668	84.484	82.282	139.150	53.889	64.488
AV3 MACERATA	307.430	2.425	10.323	27.180	53.421	52.697	87.062	32.708	41.614
AV4 FERMO	175.625	1.340	5.718	15.213	30.077	29.951	50.837	18.649	23.840
AV5 ASCOLI PICENO	210.066	1.479	6.576	17.693	36.362	35.414	61.418	23.240	27.884
TOTALE	1.543.752	11.764	51.540	138.364	267.024	262.110	441.999	168.191	202.760

Nelle Marche la speranza di vita alla nascita per gli uomini è di 80,7 anni e per le donne di 85,3 (dati Istat, 2015), rappresentando uno dei valori più alti tra tutte le regioni italiane (dato medio nazionale: 80,1 maschi e 84,6 femmine). L'indice di vecchiaia (determinato come rapporto tra il numero di ultra sessantacinquenni e la popolazione tra 0 e 14 anni), pari al 184%, supera di ben 23 punti percentuali il dato nazionale. Attualmente gli ultra sessantacinquenni (370.951) rappresentano il 24% della popolazione residente (in Italia il 22%).

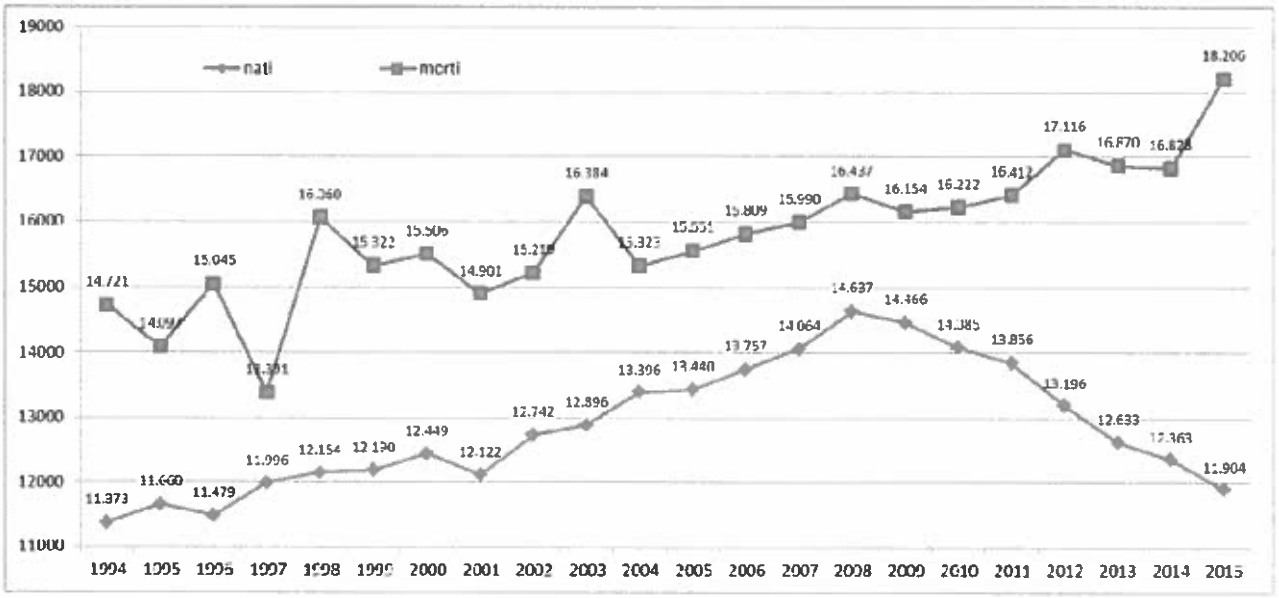
Nel 2015, come avviene ormai da 20 anni, il saldo naturale è risultato negativo (-6.302 unità), di nuovo in aumento rispetto al 2014 (pari a – 4.463 unità).

La seguente piramide delle età rappresenta in modo grafico la distribuzione per età della popolazione marchigiana; come la base piuttosto "stretta", un segmento mediano più allargato ed un vertice "appiattito", testimonia un calo delle nascite ed un aumento della popolazione più anziana, in particolare quella femminile, che evidenzia l'attesa di vita maggiore.



[1] Fonte: ISTAT

Di seguito, si rappresenta il numero di nati e dei morti nella Regione Marche nel periodo 1994-2014; dall'analisi del trend delle nascite rappresentato nel grafico emerge che nel 2008 si rileva il più alto numero di nascite degli ultimi 20 anni, in relazione alla lettura di tale dato occorre considerare però che la riduzione netta dei nati dal 2009 in poi è dovuta in parte all'esclusione nel computo dei residenti dei comuni della Valmarecchia. La flessione delle nascite, non è accompagnata da un decremento demografico costante, infatti solo in quest'ultimo anno si riscontra un decremento dei residenti della regione, dimostrando che l'andamento demografico regionale complessivo è ancora determinato da un saldo migratorio positivo. A questo proposito, la percentuale di stranieri residenti nella Regione Marche nel 2016 è pari al 9,1% (contro una media italiana del 8,3%).



La struttura del nucleo familiare (e le sue modifiche nel tempo) costituisce un parametro fondamentale nella politica del welfare, sicuramente fattore rilevante per la programmazione e l'organizzazione sociale e sanitaria aziendale; a questo proposito, il numero medio di componenti dei nuclei familiari nel 2015 è risultato nelle Marche pari a 2,38 unità, in linea con la media nazionale (2,33).

3 -Analisi del contesto esterno

La programmazione aziendale 2017-2019 è fortemente condizionata dalle dinamiche del Fondo Sanitario Nazionale e dalle molteplici manovre adottate dal governo centrale per la riduzione della spesa pubblica.

A livello nazionale, infatti, le risorse programmate con il Patto per la Salute 2014-2016 sono pari a 115,444 miliardi di euro per l'anno 2016.

Rispetto a tale programmazione sono intervenuti i tagli del D.L. 78 del 19/06/2015, che hanno ridotto le disponibilità dell'anno 2015 e seguenti per un importo pari a 2,352 miliardi di euro. Da ultimo, la Legge di Stabilità 2016 ha ridotto ulteriormente le disponibilità del FSN di 2,092 miliardi di euro, fissando a quota 111 miliardi di euro il Fondo Sanitario Nazionale 2016.

Per il triennio 2017-2019, l'articolo l, comma 392 della Legge di stabilità 2017 ridetermina il livello del fabbisogno sanitario nazionale cui concorre lo Stato rispettivamente in 113.000 milioni di euro per il 2017, in 114.000 milioni di euro per il 2018 e, infine, per l'anno 2019 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stabilito in 115.000 milioni di euro.

Alla luce di tali vincoli normativi e fatti salvi eventuali modifiche che intervenissero negli obiettivi di finanza pubblica e del quadro macroeconomico, il quadro della programmazione economica regionale dell'anno 2017 prevede il mantenimento del livello di Budget dell'anno 2016, così come riportato nella DGRM 1640 del 27/12/2016. Con tale delibera, infatti, la Regione Marche ha autorizzato gli Enti del Servizio Sanitario Regionale e quindi anche l'ASUR, alla gestione provvisoria dei rispettivi Bilanci economici preventivi anno 2017 per lo svolgimento delle sole attività istituzionali, assegnando tetto di spesa equivalente a quello 2016, sia per la quota relativa ai costi di esercizio, sia per la quota relativa agli investimenti con fondi correnti.

A fronte di tale programmazione regionale, l'ASUR deve intervenire con azioni di riorganizzazione e di razionalizzazione della spesa al fine di assicurare il mantenimento dello stesso livello di risorse consumate l'anno precedente, visto l'andamento .

A questo proposito, la Regione Marche ha già provveduto ad approvare un complesso processo di reingegnerizzazione delle reti ospedaliera, territoriale e socio-sanitaria, "in particolare con la realizzazione di reti integrate, sociali, socio sanitarie e sanitarie, queste ultime nella logica dell'intensità di cura". In particolare, i settori di intervento sono i seguenti:

- la riduzione del numero di strutture complesse e semplici;
- la riduzione della frammentazione della rete ospedaliera e l'istituzione del Presidio Ospedaliero Unico di AV;
- la riconversione delle piccole strutture ospedaliere;
- la riorganizzazione della rete territoriale della Emergenza-Urgenza;
- il riordino delle reti cliniche.

Conseguentemente, l'ASUR Marche prosegue la riorganizzazione sui tre livelli seguenti:

a) Riconversione dei piccoli ospedali in Ospedali di Comunità con attivazione delle cure intermedie: DGRM 960/2014, DGRM 1696/2012, DGRM 735/2013, DGRM 452/2014, DGRM 1183/2015.

Sono state introdotte, definite ed istituite:

- la Degenza Post Acuzie (DPA) ad esclusiva responsabilità organizzativa e gestionale ospedaliera;
- i posti letto di Cure Intermedie (CI) realizzati nelle Case della Salute (CDS) con responsabilità organizzativa e gestionale del Territorio;
- le Unità Operative Funzionali Sociali e Sanitarie (U.O.SeS) come luogo di gestione dell'integrazione sociale e sanitaria e come centro di coordinamento per l'organizzazione e la gestione delle reti integrate del "Governo della domanda" e l'attuazione dei "Percorsi delle reti integrate", secondo una impostazione unica regionale (DGRM 110 e 111 del 23 febbraio 2015);

b) Cure domiciliari (DGRM 791 del 30/07/2014 "Linee guida per le cure domiciliari. Approvazione").

c) Reti cliniche (DGRM 1345/2013 e DGRM 1219/2014), riorganizzazione che parte dall'istituzione del Presidio Unico di Area vasta (DGRM 478/2013) come ambito funzionale di implementazione delle Reti Cliniche (ad eccezione delle Reti a sviluppo inter-AreaVasta), nel quale la Direzione Medica del Presidio Unico assicura il supporto per l'implementazione delle Reti Cliniche e la componente clinica (Direttori di Dipartimento, di UOC e UOSD) è leader e responsabile della definizione e nell'implementazione dei contenuti professionali. Già la DGRM 1696 del 3/12/2012 prevedeva la necessità di "*...omissis.... un network ospedaliero di integrazione clinica per le acuzie, a maggiore diffusione, che garantisca una risposta sanitaria efficace ed efficiente ad un bacino territoriale omogene , integrandosi in logica di intensità di cura con sistema hub & spoke...omissis....*". Quest'ultima specifica azione ha tenuto conto anche delle indicazioni contenute nel DM 70 del 2 aprile 2015, entrato in vigore il 19 giugno 2015, in

merito agli Standard qualitativi e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, nonchè delle valutazioni AGENAS sui volumi minimi di attività, della performance e degli esiti clinici, per garantire al cittadino utente la massima qualità e sicurezza delle cure. Alla luce di quanto sopra, tra le diverse Reti ospedaliere sono state definite e riorganizzate la Rete Ospedaliera dell'Emergenza Urgenza, la Rete per le Emergenze Cardiologiche, la Rete dell'Ictus sempre con la logica del sistema hub & spoke (DG ASUR 916/15).

d) **Nuovo assetto organizzativo aziendale** (DGRM 551/2013, DG ASUR 850 del 16 dicembre 2014 e DG ASUR 350 del 14 maggio 2015 e DGR 481 del 2/8/2016) nel quale è stato individuato il numero complessivo degli incarichi dirigenziali (strutture complesse e strutture semplici) assegnate alle cinque Aree Vaste in coerenza con la riorganizzazione ospedaliera delle reti cliniche, in via di revisione.

Nell'ambito del tetto complessivo di Budget 2017, l'ASUR è altresì tenuta al rispetto dei vincoli a carattere economico che la normativa nazionale e regionale prevede sui singoli fattori produttivi; di seguito, si rappresenta un sintetico elenco, non esaustivo, dei principali vincoli esistenti sull'anno 2017.

- Equilibrio e standard qualitativi dei Presidi a Gestione Diretta

Il comma 535 della Legge 208/2015 (Legge di stabilità 2016) prevede che a decorrere dal 2017 i parametri relativi ai volumi, qualità ed esiti delle cure e quelli di economicità applicati alle Aziende Ospedaliere (Piani di rientro di cui ai commi da 521 a 547), si applicano alle aziende sanitarie locali e ai relativi presidi a gestione diretta, nel rispetto delle modalità e dei criteri stabiliti dal DM 9/12/2015 e previa revisione del Conto Economico di Presidio.

- Prestazioni inappropriate

Il D.L. n. 78 del 19/06/15 convertito in Legge 125 del 6 agosto 2015 prevede che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal DM 9/12/2015 siano messe a totale carico dell'assistito e la riduzione del trattamento economico accessorio e delle quote variabili del medico prescrittore dipendente e convenzionato, nel rispetto dei relativi accordi collettivi nazionali e regionali.

- Prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale da soggetti privati accreditati:

Il D.L. n. 78 del 19/06/15 convertito in Legge 125 del 6 agosto 2015 prevede, per l'anno 2015 una riduzione della spesa complessiva annua del 1% rispetto alla spesa consuntivata 2014. Con nota prot. n. 28029 del 29/09/2016, l'ASUR ha dato indicazioni operative al fine della stipula degli accordi contrattuali con le strutture private accreditate, che rimangono valide per l'anno 2017, salvo diverse e successive disposizioni.

- Spesa per appalti di servizi e per la fornitura di beni

La DGRM 665/15 "definizione degli obiettivi sanitari del SSR per l'anno 2015" e *Det. ASUR/DG n. 569 del 26/08/2015*, hanno emanato disposizioni urgenti per il contenimento della spesa in attuazione della L. 125/15, prevedendo una riduzione della spesa del 5% per il terzo quadrimestre 2015, per tutti i fattori produttivi inclusi nella Tabella A allegata alla Legge 125/2015 e relativa all'applicazione dell'articolo 9-ter, comma 1, lettera a). Nell'anno 2017, pertanto, si prevede il mantenimento del risparmio individuato dalla DGRM 665/15 per l'intera annualità 2016.

- Farmaci

L'art. 15 comma 3 e 4 del D.L. 95/2012, convertito in legge 135 del 7 agosto 2012, il tetto della spesa farmaceutica territoriale a carico del SSN è pari al 11,35% del FSR (al netto del Pay-back e delle compartecipazioni a carico del cittadino) e quello ospedaliero è pari al 3,50% del FSR. Con DGRM 1106 la Giunta Regionale ha stabilito tra gli indicatori di valutazione delle Direzioni il rispetto di tali vincoli sulla spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera.

- Dispositivi medici

Il D.L. n. 78/2015 convertito in Legge 125/15 prevede un tetto di spesa pari al 4,4% rispetto al fabbisogno sanitario regionale, superato dalla Regione Marche già dall'anno 2014. Con DGRM 1106 la

Giunta Regionale ha stabilito tra gli indicatori di valutazione delle Direzioni la riduzione della spesa 2016 in misura pari al 5% di quella 2015.

❖ Costo del personale

L'art. 9 quinquies del DL 78/15 prevede a decorrere dal 01/01/15, in presenza di riorganizzazioni finalizzate al rispetto degli standard ospedalieri, una riduzione delle risorse relative al trattamento accessorio e destinate ai fondi per la contrattazione integrativa del personale dipendente, derivante dall'economia per l'eventuale diminuzione delle strutture oggetto della riorganizzazione in essere. Sull'anno 2016 interviene inoltre la Legge di Stabilità 2016 che, all'articolo 1 comma 236, dispone che l'ammontare di risorse destinate al trattamento accessorio non può essere superiore a quanto determinato nel 2015 e va ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

Per quanto riguarda, invece, le ulteriori disposizioni sul contenimento del costo del personale, permangono in vigore le disposizioni relative a:

1) riduzione del costo del personale entro il limite del -1,4% rispetto al costo del 2004 - Art. 1, comma 565, della L. 296/2006 -;
2) riduzione del costo del personale con rapporto di lavoro flessibile (tempo determinato, convenzioni ovvero contratti di collaborazione coordinata e continuativa) in misura pari al 50% del costo 2009 - D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 (art. 9, comma 28), e deroghe previste dalla L.R. 33/2014-;
3) riduzione della spesa per le consulenze nella misura pari all'80% della spesa complessiva per le consulenze rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 – DGRM 977/2014;
4) riduzione della spesa per le missioni nella misura pari al 50% della spesa complessiva per le missioni rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009 (DGRM 977/2014 e art. 6, comma 12, D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010);
5) riduzione della spesa per la formazione nella misura pari al 50% della spesa complessiva per la formazione rispetto a quella sostenuta nell'anno 2009, restando fermo l'obbligo di garantire il conseguimento dei crediti relativi all'ECM da parte del personale sanitario; non devono essere computate al fine del rispetto dell'azione le spese per la formazione obbligatoria compresa quella relativa ai crediti ECM nonché la spese per la formazione parzialmente finanziate (per la quota parte) ovvero interamente finanziate da fondi privati, comunitari, statali, ovvero da altri enti o istituzioni pubbliche diverse dalla Regione Marche. (DGRM 977/2014 e art. 6, comma 13, D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010)

❖ Spesa per relazioni pubbliche, convegni, mostre, pubblicità e rappresentanza

L'art. 6, comma 8, del D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 prevede che le spese in parola non possano superare il limite del 20 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 per le medesime finalità (disposizione di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica).

❖ Acquisto, manutenzione, noleggio e l'esercizio di autovetture

L'art. 6, comma 14, del D.L. 78/2010 convertito in L. 122 del 30 luglio 2010 prevede che le spese in parola non possano superare il limite del 80 per cento della spesa sostenuta nell'anno 2009 (disposizione di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica).

❖ Acquisto di Mobili e arredi

Il Comma 141 della Legge 228/2012 prevede che la spesa per mobili e arredi non possano superare il limite del 20 per cento della spesa sostenuta in media negli anni 2010 e 2011, fatto salvo la garanzia dei livelli essenziali di assistenza (comma 144).

❖ Trasporti

La DGRM 968 del 25/06/2013 e DGRM 131 del 10/02/2014 fissano per gli anni 2013-2016 dei limiti di spesa inderogabili per i trasporti prevalentemente sanitari (euro 19,112 milioni per l'anno 2016) e per i trasporti non prevalentemente sanitari (1,7 milioni di euro per l'anno 2016). Con Determina ASUR/DG n. 15/2016 sono stati assegnati i limiti massimi e invalicabili di spesa alle Aree Vaste per l'anno 2016.

La DGRM 1637 del 27/12/2016 ha prorogato fino al 31/03/2017 i limiti massimi inderogabili di spesa per l'ASUR relativi ai trasporti prevalentemente non sanitari (DGRM 968 del 25/06/2013) ed i trasporti prevalentemente sanitari (DGRM 131 del 10/02/2014).

❖ Dipendenze Patologiche

Con DGRM 1221 del 30/12/2015 è stato approvato l'accordo quadro per il triennio 2015-2017 per le prestazioni residenziali e semiresidenziali erogate a persone con dipendenze patologiche, prevedendo il medesimo tetto di spesa dell'anno 2016 anche per l'anno 2017.

❖ Residenze Protette

Con Determina DG ASUR n. 56 del 1/2/2017 è stato approvato il piano di convenzionamento con le Residenze Protette per Anziani per l'anno 2016, comprensivo dei n. 265 posti letto derivanti dalla riconversione delle Cure Domiciliari e ulteriori n. 336 posti letto aggiuntivi di Residenza Protetta, in attuazione della DGRM 851/2016; per l'anno 2017, la quota residua di 64 posti letto sarà messa a disposizione dei territori delle AA.VV 3, 4 e 5 maggiormente colpite dal sisma al fine di soddisfare le necessità più urgenti della popolazione anziana ivi residente, così come previsto dalla DGRM 1659/2016.

❖ Nuove Tariffe assistenza residenziale e semiresidenziale

La DGRM 1331/2014 prevede l'applicazione di nuovi standard assistenziali, tariffe e quote di compartecipazione del cittadino per l'assistenza agli anziani, disabili e salute mentale, a decorrere dal 01/01/2015.

C) L'Amministrazione «in cifre»

Nei paragrafi seguenti si riporta un quadro sintetico dei dati qualitativi e quantitativi dell'Azienda, al fine di fornire al lettore le informazioni rilevanti sul fronte delle risorse economico-finanziarie, risorse professionali, struttura dell'offerta e servizi resi, utili per l'interpretazione degli obiettivi strategici e operativi che l'Azienda intende perseguire nel triennio.

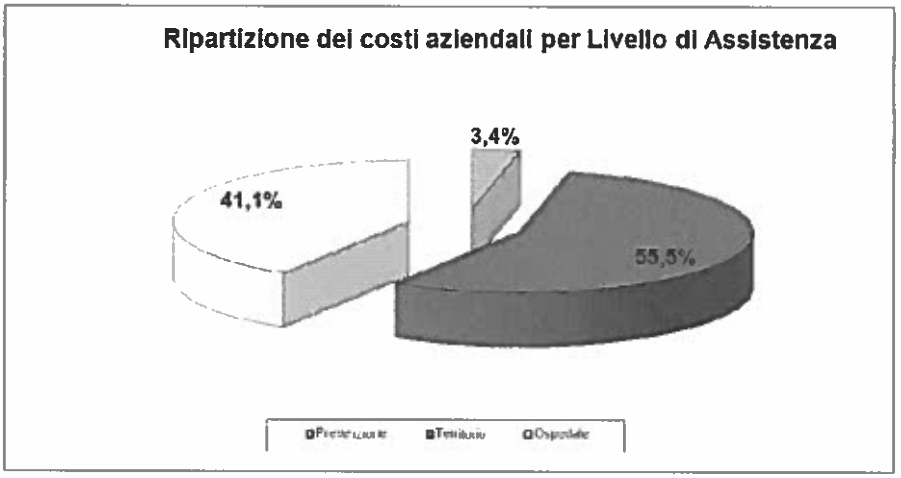
1 - Le risorse economiche e finanziarie

L'Azienda ASUR Marche gestisce un Bilancio complessivo di circa 2.700 milioni di Euro ed evidenzia dal 2007 al 2015 (ultimo bilancio di esercizio approvato) una situazione di equilibrio economico complessivo.

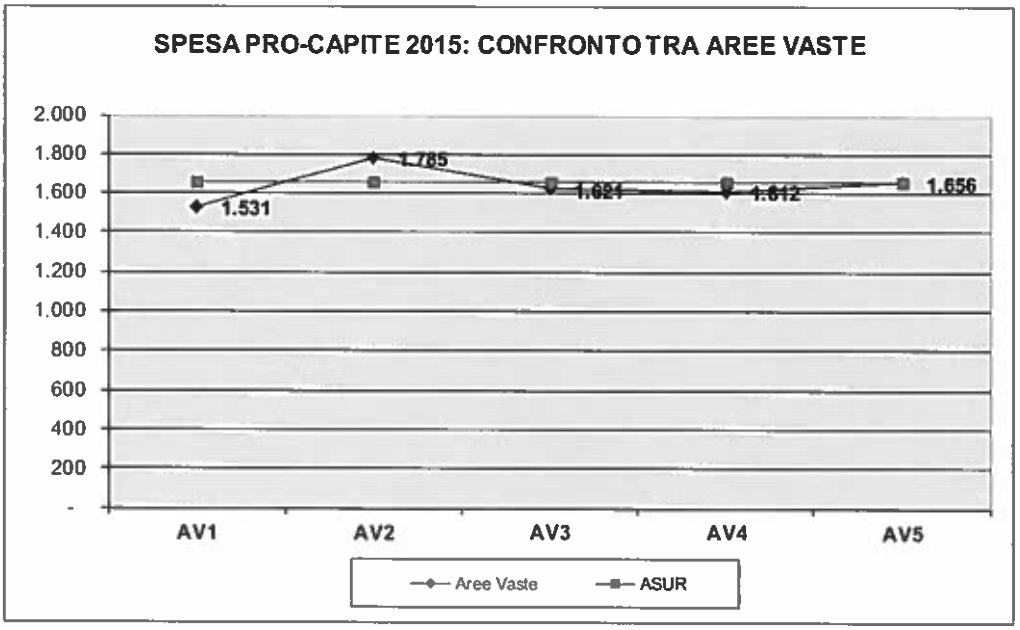
Le risorse a disposizione dell'Azienda (pari a complessivi 2.686 milioni di euro nel 2015) derivano per il 92,7% da contributi regionali ed in via residuale da entrate proprie e ricavi da prestazioni. Tali risorse sono destinate alla copertura dei costi gestionali sostenuti per l'erogazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, quali l'acquisto di servizi sanitari (per il 50,1% del totale), il personale (per il 27,8% del totale) e beni e servizi (per il 22,1% del totale). Si veda il Bilancio aziendale 2015 riportato per singolo aggregato di spesa nel prospetto seguente.

Cod	Descrizione	CONSUNTIVO 2014	CONSUNTIVO 2015	CONSUNTIVO 2015 - CONS 2014
A	RISULTATO DI ESERCIZIO	101.543	89.359	- 12.184
A1	TOTALE RICAVI	2.676.004.880	2.686.290.327	10.285.447
A11	*CONTRIBUTI REGIONALI*	*2.508.025.073*	*2.490.247.302*	*- 17.777.771*
A12	*ALTRI CONTRIBUTI*	*3.290.210*	*3.322.650*	*32.441*
A13	*RICAVI PER PRESTAZIONI SANITARIE*	*79.881.784*	*95.552.200*	*15.670.416*
A14	*ENTRATE PROPRIE*	*68.287.853*	*70.451.008*	*2.163.155*
A15	*RICAVI STRAORDINARI*	*16.519.961*	*26.717.167*	*10.197.206*
A2	TOTALE COSTI	2.675.903.338	2.686.200.968	10.297.631
A21	*PERSONALE*	*743.065.055*	*747.801.959*	*4.736.903*
A22	*BENI*	*326.483.431*	*347.863.953*	*21.380.522*
A23	*SERVIZI*	*174.131.653*	*177.375.141*	*3.243.488*
A24	*OSP. CONVENZIONATA E ACQUISTO DI RICOVERI*	*487.461.854*	*477.296.192*	*- 10.165.662*
A25	*SPECIALISTICA ESTERNA*	*156.892.726*	*155.229.050*	*- 1.663.676*
A26	*SPECIALISTICA INTERNA*	*20.124.004*	*20.472.379*	*348.375*
A27	*FARMACEUTICA*	*292.647.497*	*291.542.700*	*- 1.104.797*
A28	*MEDICINA DI BASE*	*173.995.878*	*173.743.444*	*- 252.433*
A29	*ALTRE PRESTAZIONI*	*217.170.600*	*226.661.942*	*9.491.342*
A30	*LIBERA PROFESSIONE*	*19.732.822*	*18.917.859*	*- 814.963*
A31	*AMMORTAMENTI*	*13.799.069*	*11.549.337*	*- 2.249.732*
A32	*ACCANTONAMENTI*	*44.640.213*	*31.110.876*	*- 13.529.337*
A33	*TRASFERIMENTI*	*170.351*	*178.805*	*8.455*
A34	*ONERI FINANZIARI*	*455.465*	*330.332*	*- 125.133*
A35	*ONERI STRAORDINARI*	*5.132.718*	*6.127.000*	*994.281*

Il grafico seguente mostra la ripartizione dei costi aziendali nei tre livelli di assistenza: in particolare, fatto 100 il totale dei costi 2015, la Prevenzione assorbe il 3,4% (corrispondente a 92 milioni di euro), il territorio il 55,5% (corrispondente a 1.499 milioni di euro) e, infine, il livello ospedaliero il 41,1% dei costi sostenuti (pari a 1.111 milioni di euro).



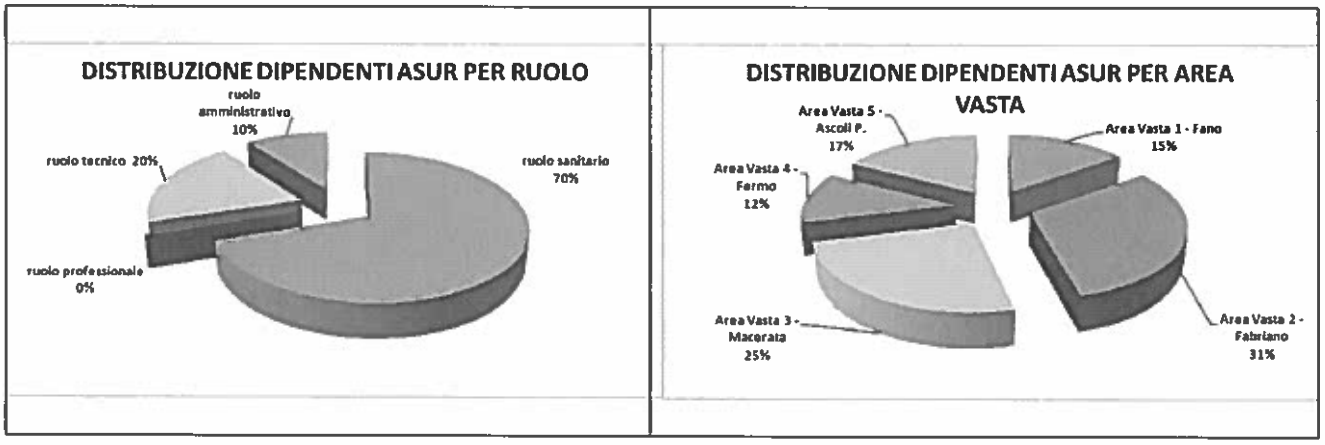
In termini di costo procapite, ossia del consumo medio di risorse che ciascun residente marchigiano assorbe dal Servizio sanitario pubblico (dato dal rapporto tra il costo complessivo sostenuto per i cittadini residenti ed il numero di residenti marchigiani), l'ASUR evidenzia un costo procapite pari a 1.656 euro, così come ripartito per singola Area Vasta nel grafico seguente.



2 - Le risorse professionali

L'ASUR conta 13.795 dipendenti alla data del 31/12/2015[2], due aggiuntivi rispetto all'anno precedente (13.793 nel 2014), così suddivisi per Area Vasta e profilo contrattuale.

DOTAZIONE DI PERSONALE al 31.12.2015 (TESTE)		TOTALE TESTE ASUR	AV1	AV2	AV3	AV4	AV5
RUOLO	AREA						
sanitario	dirigenza medica	2.263	298	701	575	271	418
	dirigenza non m.	299	51	105	58	30	55
	comparto san	7.054	1.041	2.144	1.819	833	1.217
professionale	dirigenza prof	12	3	-	3	3	3
	comparto prof	13	3	6	7	3	-
tecnico	dirigenza tecn	35	9	12	5	3	6
	comparto tec	2.701	464	899	605	286	447
amministrativo	dirigenza amm	70	10	24	16	8	12
	comparto amm	1.348	211	386	344	163	244
		13.795	2.084	4.277	3.432	1.600	2.402



L'Azienda opera altresì mediante 1.155 medici di base, che assistono complessivamente una popolazione pari a 1.342.171 unità, e 179 pediatri di libera scelta, che assistono 166.116 assistiti [3].

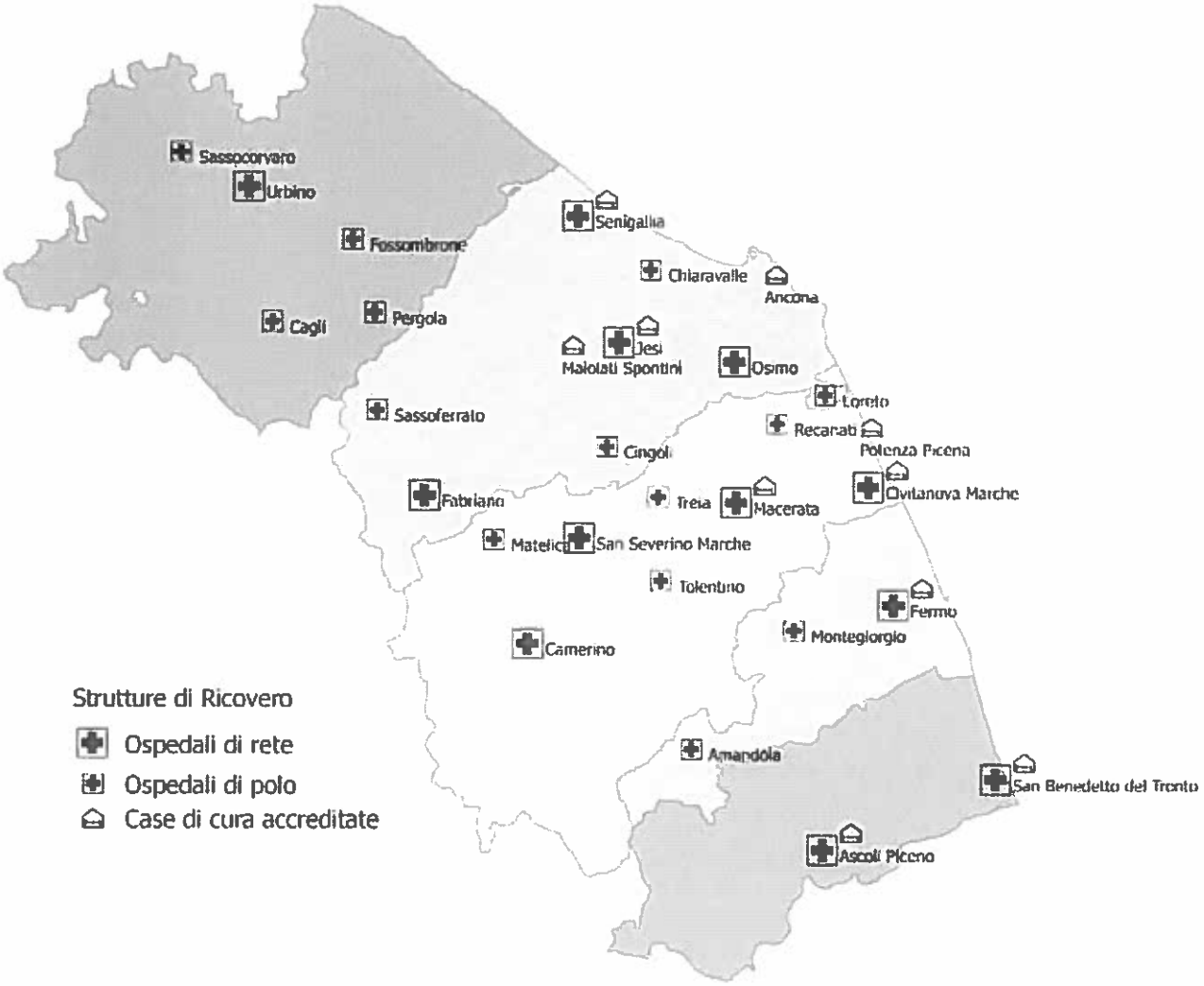
3 - La struttura dell'offerta

Per quanto attiene alla struttura dell'offerta ospedaliera sul territorio, si descrive di seguito la numerosità e dislocazione delle strutture sanitarie ospedaliere (Presidi e stabilimenti ospedalieri pubblici e Case di cura private), specialistiche (suddivise per tipologia di attività svolta: clinica, diagnostica per immagini, laboratori analisi, consultori e attività psichiatrica), residenziali e semiresidenziali.

L'Azienda opera mediante 5 presidi ospedalieri unici di Area Vasta comprendenti 26 stabilimenti raggruppati, in 12 stabilimenti maggiori (nominati ex ospedali di rete) e 14 stabilimenti minori (nominati

[2] Fonte: dato Consuntivo 2015.
[3] Fonte: Modello FLS 12 Anno 2015.

ex ospedali di Polo) oggetto per la massima parte di riconversione. A questi si aggiungono 13 Case di Cura Private accreditate, come da prospetto e mappa seguenti.



Strutture pubbliche (Fonte Modello HSP 11 e HSP 11 bis Anno 2016)

Area Vasta	Codice struttura	Descrizione struttura	Codice Stabilimento	Descrizione Stabilimento
AV1	110001	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV1	01	OSP S. MARIA DELLA MISERICORDIA - URBINO
			02	OSPEDALE SS DONNINO E CARLO - PERGOLA
			03	OSPEDALE CELLI - CAGLI
			04	OSPEDALE LANCIARINI - SASSOCORVARO
			05	OSPEDALE CIVILE - FOSSOMBRONE
AV2	110002	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV2	01	PRESIDIO OSPEDALIERO ZT4 - SENIGALLIA
			02	OSPEDALE CARLO URBANI
			03	OSP. SS. BENVENUTO E ROCCO - OSIMO
			04	OSPEDALE CIVILE 'E.PROFILI - FABRIANO
			05	OSPEDALE SANTA CASA - LORETO
			06	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CINGOLI
			07	OSP. S.ANTONIO ABATE - SASSOFERRATO
			08	OSPEDALE M. MONTESSORI - CHIARAVALLE
AV3	110003	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV3	01	OSPEDALE GENERALE DI ZONA - CIVITANOVA
			02	OSPEDALE GENERALE PROVINCIALE - MACERATA
			03	OSPEDALE S.MARIA DELLA PIETA` - CAMERINO
			04	OSPEDALE B.EUSTACCHIO - S. SEVERINO M.
			05	OSPEDALE DI TREIA
			06	OSPEDALE DI TOLENTINO
			07	OSPEDALE CIVILE SANTA LUCIA - RECANATI
			08	OSPEDALE S.SOLLECITO - MATELICA
AV4	110004	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV4	01	OSPEDALE DI FERMO
			02	OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II - AMANDOLA
			03	OSPEDALE DI MONTEGIORGIO
AV5	110005	PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO AV5	01	MADONNA DEL SOCCORSO - S.BENEDETTO
			02	OSP. GEN. "C.G.MAZZONI" - ASCOLI PICENO

Strutture private accreditate (Fonte Modello HSP 11 anno 2016)

Area Vasta	Codice struttura	Denominazione struttura	Tipologia Struttura
AV2	110035	IST.DI RIAB. S.STEFANO - VILLA ADRIA	Struttura riabilitativa ex art. 26
AV2	110036	CASA DI CURA VILLA IGEA	Struttura multispecialistica
AV2	110037	CASA DI CURA VILLA SILVIA	Struttura mono-specialistica
AV2	110038	CASA DI CURA VILLA SERENA	Struttura multispecialistica
AV2	110039	CASA DI CURA VILLA JOLANDA	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico
AV3	110052	CASA DI CURA DOTT. MARCHETTI SRL	Struttura multispecialistica
AV3	110053	CENTRO OSPEDALIERO S.STEFANO	Struttura riabilitativa ex art. 26
AV3	110054	CASA DI CURA VILLA PINI SANATRIX GESTION	Struttura multispecialistica
AV5	110070	CASA DI CURA 'VILLA SAN MARCO'	Struttura multispecialistica
AV5	110071	CASA DI CURA 'SAN GIUSEPPE'	Struttura mono-specialistica del settore neuro-psichiatrico
AV5	110072	CASA DI CURA ' VILLA ANNA ' SRL	Struttura multispecialistica
AV5	110073	CASA DI CURA 'STELLA MARIS' SRL	Struttura multispecialistica
AV5	110074	RITA SRL CASA CURA PRIVATA VILLAVERDE	Struttura multispecialistica

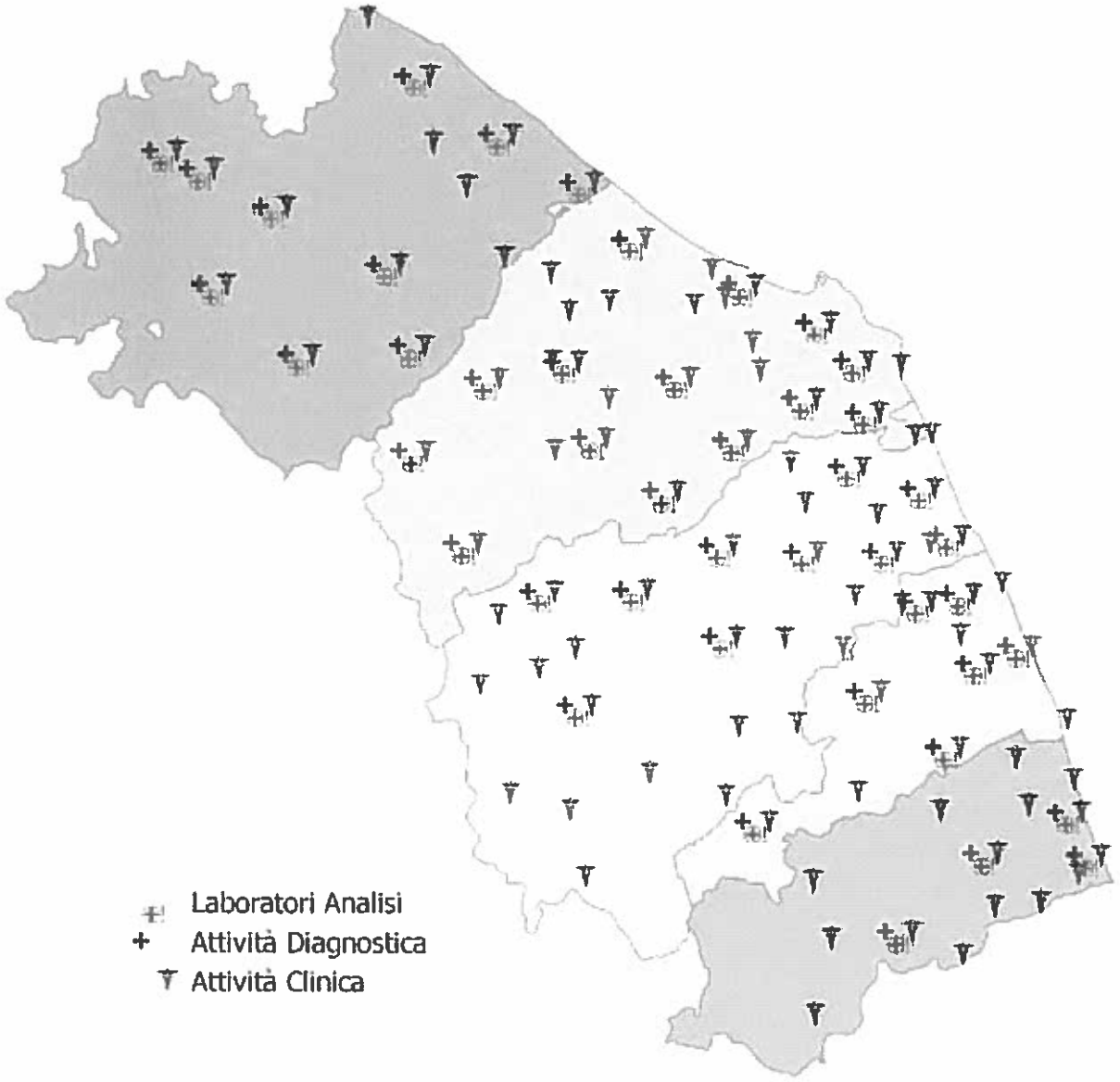
Nell'ambito dell'Area Vasta 1 e 5, l'Istituto S. Stefano di P. Potenza Picena (AV3) svolge attività di riabilitazione ospedaliera ex art. 26 presso la sede di Cagli del Presidio Unico di Urbino e presso la sede di Ascoli della Casa di Cura S. Giuseppe.

Nell'anno 2016 i posti letto direttamente gestiti sono pari a 3.051 unità, comprendenti 381 posti letto di DH/DS, 403 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 2.267 posti letto ordinari (incluso detenuti, nido e discipline ospedaliere per acuti).

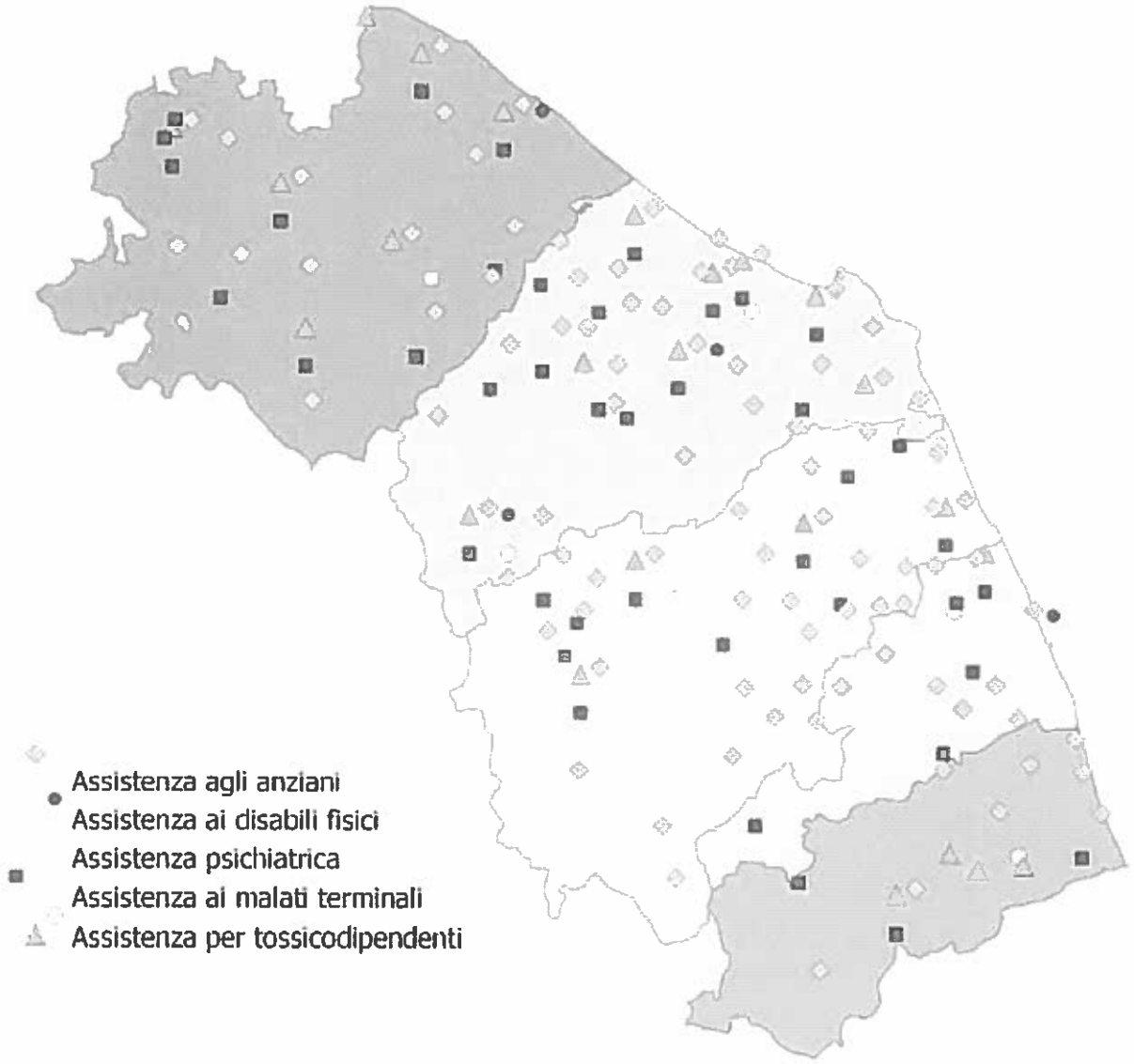
I posti letto delle Case di Cura private regionali Case di Cura private regionali è pari a 839 unità, comprendenti 67 posti letto di DH/DS, 357 posti letto di riabilitazione e lungodegenza e, infine, 415 posti letto ordinari.

Per quanto attiene alla struttura dell'offerta territoriale, l'Azienda opera mediante 294 strutture territoriali a gestione diretta e 306 strutture territoriali convenzionate

Dislocazione geografica delle strutture specialistiche e ambulatoriali (pubbliche e private)

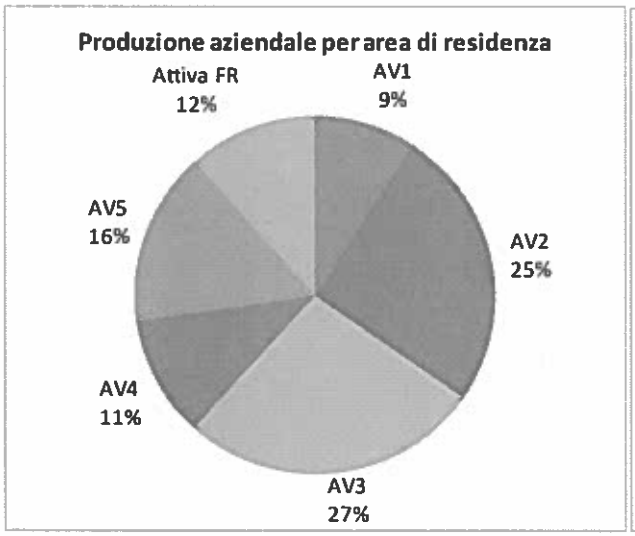


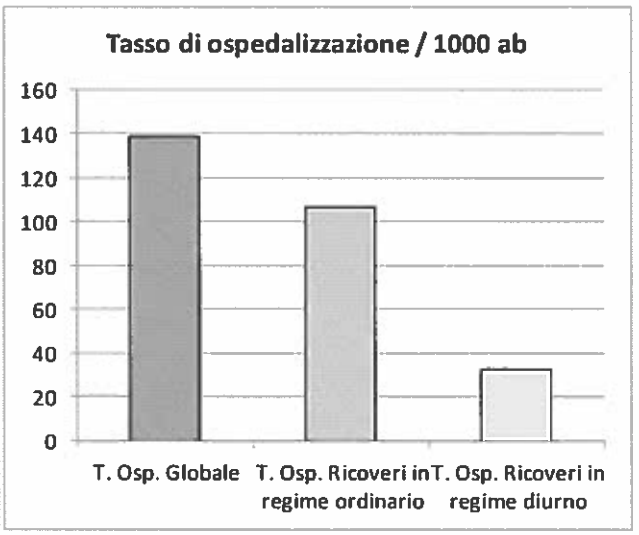
Dislocazione geografica delle strutture residenziali (pubbliche e private)



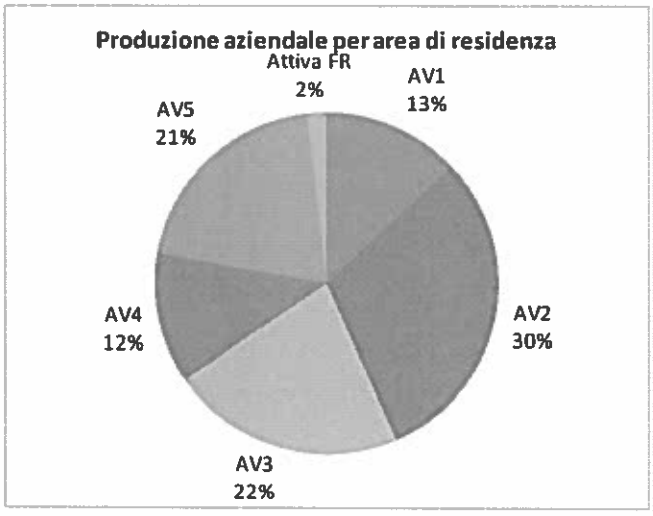
4 - I servizi sanitari erogati

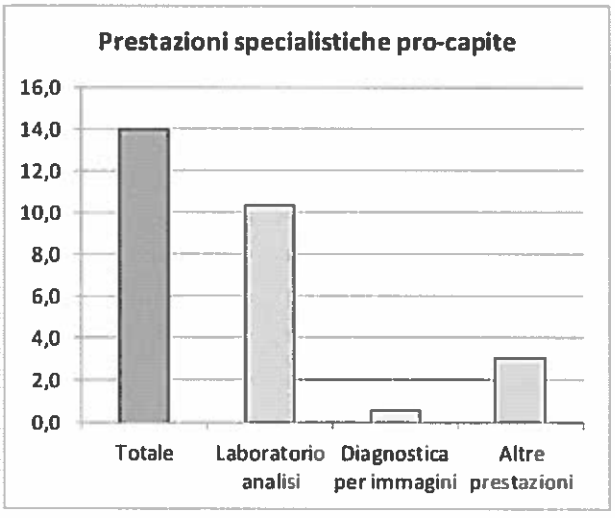
L'ASUR eroga livelli essenziali di assistenza alla popolazione assistita attraverso le articolazioni organizzative delle Aree Vaste. Con riferimento all'assistenza ospedaliera, l'Azienda nel 2015 ha erogato complessivamente 148.785 ricoveri (comprensivi anche della quota di produzione dei privati accreditati), di cui 88% ai propri residenti e 12% ai residenti di altre regioni. Il tasso di ospedalizzazione globale per acuti (numero di ricoveri per mille abitanti con l'utilizzo della mobilità passiva extraregionale del 2013) è pari a 138,8, con un valore pari a 106,6 per i ricoveri in regime ordinario e 32,2 per quelli in regime diurno.



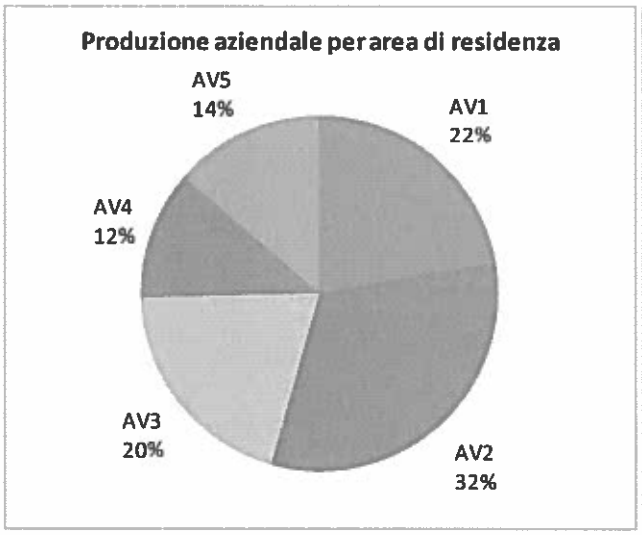


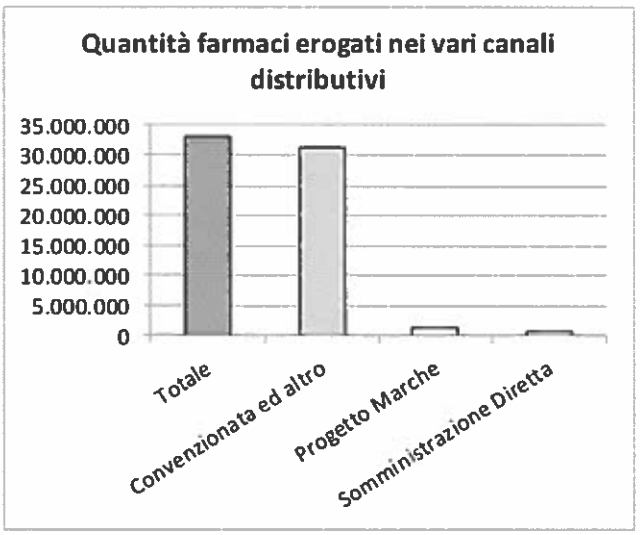
In merito all'assistenza specialistica, nel 2015 sono state globalmente erogate dall'azienda e dagli erogatori privati accreditati ad essa convenzionati 22.071.244 prestazioni, di cui 98% ai pazienti regionali ed il restante 2% a quelli non marchigiani. Sul versante dei consumi, nell'anno di riferimento sono state mediamente erogate 17 prestazioni per residente, di cui 10,3 prestazioni di laboratorio analisi e 0,6 di diagnostica per immagini.





Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica, nell'esercizio corrente l'azienda ha erogato complessivamente 33.047.508 farmaci. Il canale distributivo predominante risulta essere quello della farmaceutica convenzionata, che include il 94% dei farmaci erogati; la restante quota fa riferimento alla somministrazione diretta da parte delle strutture aziendali (2%) ed alla distribuzione per conto da parte delle farmacie (4%).





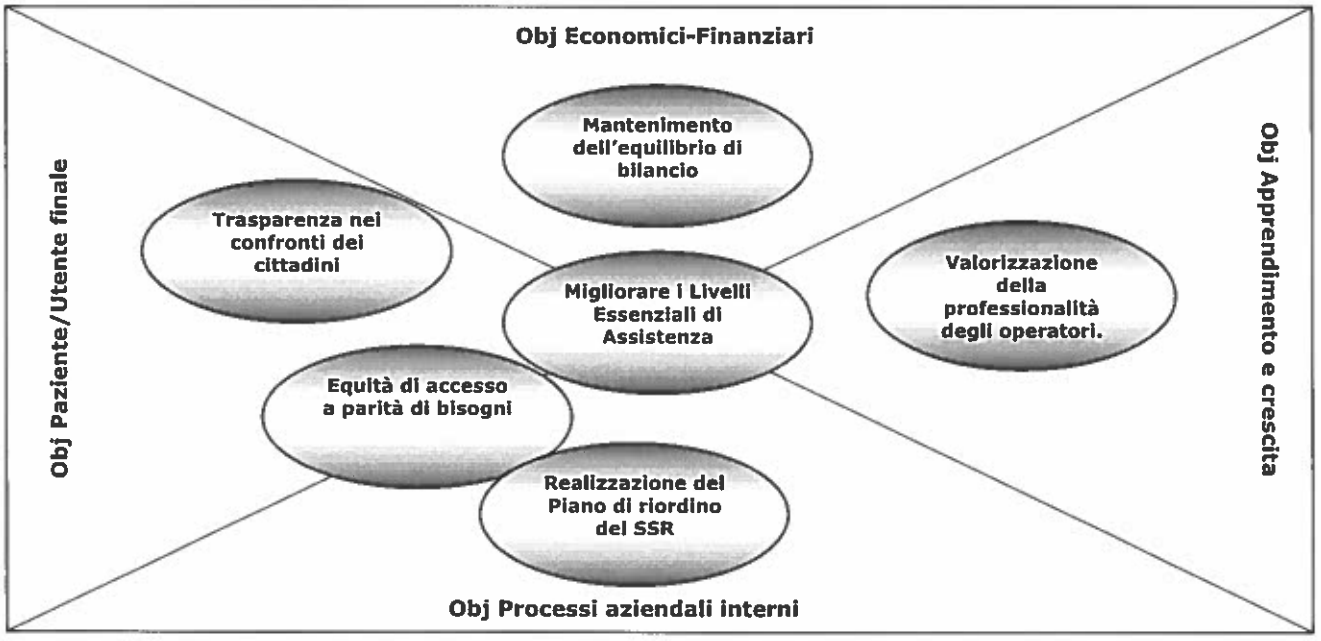
D) Il Piano delle Performance 2017-2019

1 - Obiettivi strategici

Gli obiettivi strategici dell'ASUR per il triennio 2016-2018 scaturiscono direttamente dalla *mission* aziendale (§B1) nonché dalle scelte di pianificazione sanitaria ed economica effettuate dalla Regione Marche con il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2014 (deliberazione n. 38 del Consiglio Regionale).

Di seguito, si descrive la logica che lega appunto la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici ("Albero delle performance"). In particolare, la strategia aziendale è tradotta in termini di obiettivi strategici esplicitando le azioni da realizzare nel triennio per ciascuna delle 4 prospettive seguenti:

- Prospettiva economico-finanziaria;
- Prospettiva di paziente/utente finale;
- Prospettiva dei processi aziendali interni;
- Prospettiva di apprendimento e crescita dell'organizzazione.



➢ Mantenimento dell'equilibrio di bilancio

Il mantenimento dell'equilibrio di bilancio per l'ASUR e per tutti gli Enti del SSR costituisce fattore determinante per la sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale e condizione necessaria per garantire nel tempo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza. In tal senso, l'azione aziendale è volta, da un lato, al monitoraggio continuo dei fattori di crescita della spesa sanitaria e, dall'altro, al recupero dei fattori di inefficienza del sistema al fine del loro reinvestimento.

➢ **Migliorare i Livelli Essenziali di Assistenza**

Nell'ambito delle risorse disponibili, l'azione aziendale è tesa alla ricerca continua di livelli più elevati di efficacia ed efficienza nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, anche con azioni finalizzate a garantire la continuità assistenziale ospedaliera e territoriale.

➢ **Realizzazione del Piano di riordino del SSR**

Con il PSSR 2012-2014 e la successiva DGRM 1696/2012 sono state individuate le azioni di riorganizzazione del SSR necessarie per garantire da un lato il miglioramento della qualità delle risposte ai bisogni di salute e dall'altro la compatibilità della spesa sanitaria con le risorse disponibili. Definito il quadro di programmazione regionale[4], nel triennio l'ASUR è impegnata alla realizzazione di tale riordino, mediante la riduzione della frammentazione ospedaliera, la riconversione delle piccole strutture ospedaliere in Case della Salute, la riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza e, infine, il riordino delle reti cliniche.

➢ **Equità di accesso ai servizi a parità di bisogni di salute**

L'obiettivo strategico di "riequilibrio territoriale" è quello di garantire pari e tempestiva opportunità di accesso alle prestazioni, ai servizi e agli strumenti messi a disposizione dall'Azienda su tutto il territorio regionale, a parità di bisogno di salute.

➢ **Valorizzazione delle professionalità degli operatori**

La professionalità dei dirigenti e del comparto, non solo in senso tecnico, ma anche come capacità di interagire con i pazienti e rapportarsi con i colleghi nel lavoro di équipe, è determinante ai fini della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni.

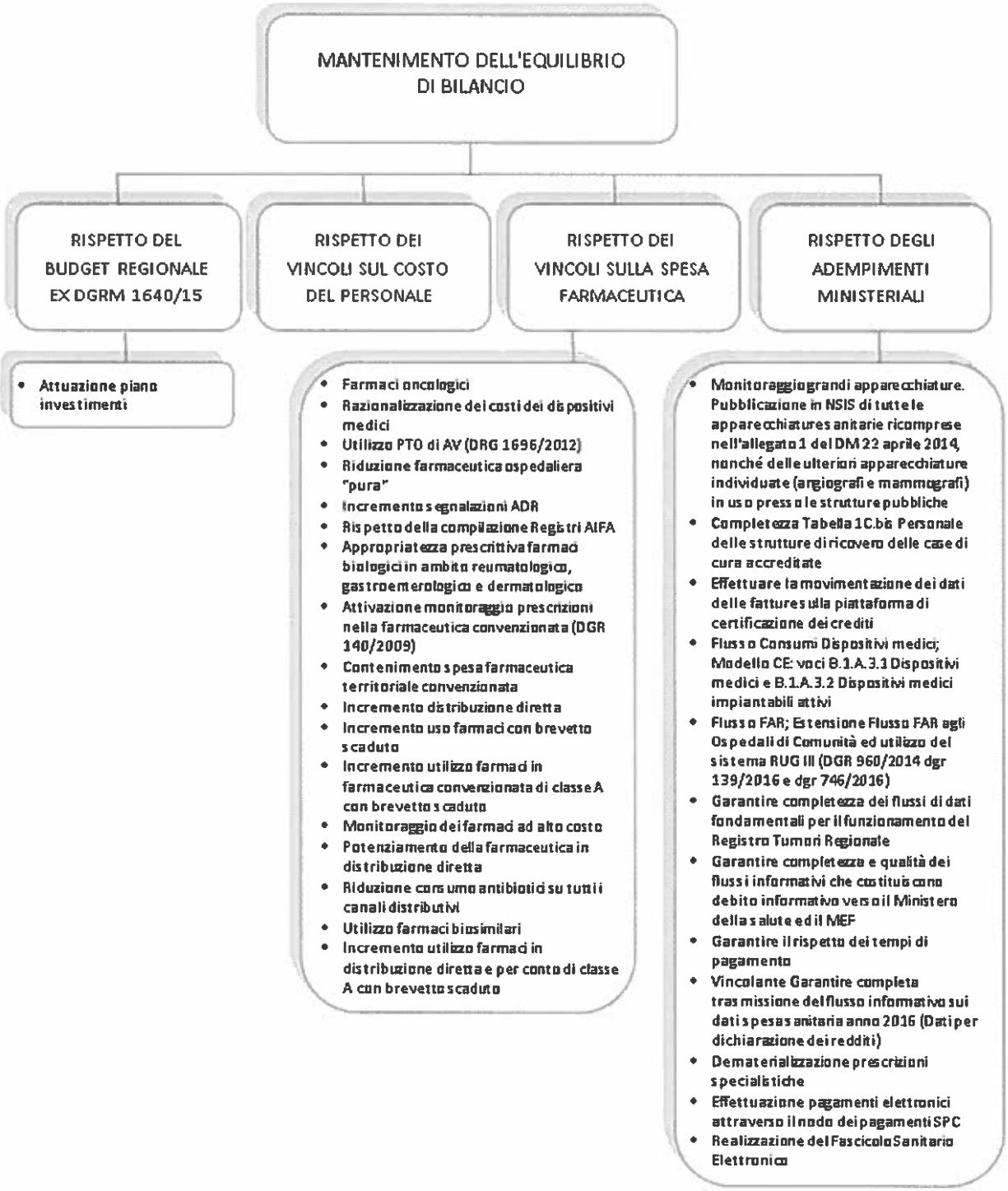
➢ **Trasparenza nei confronti dei cittadini**

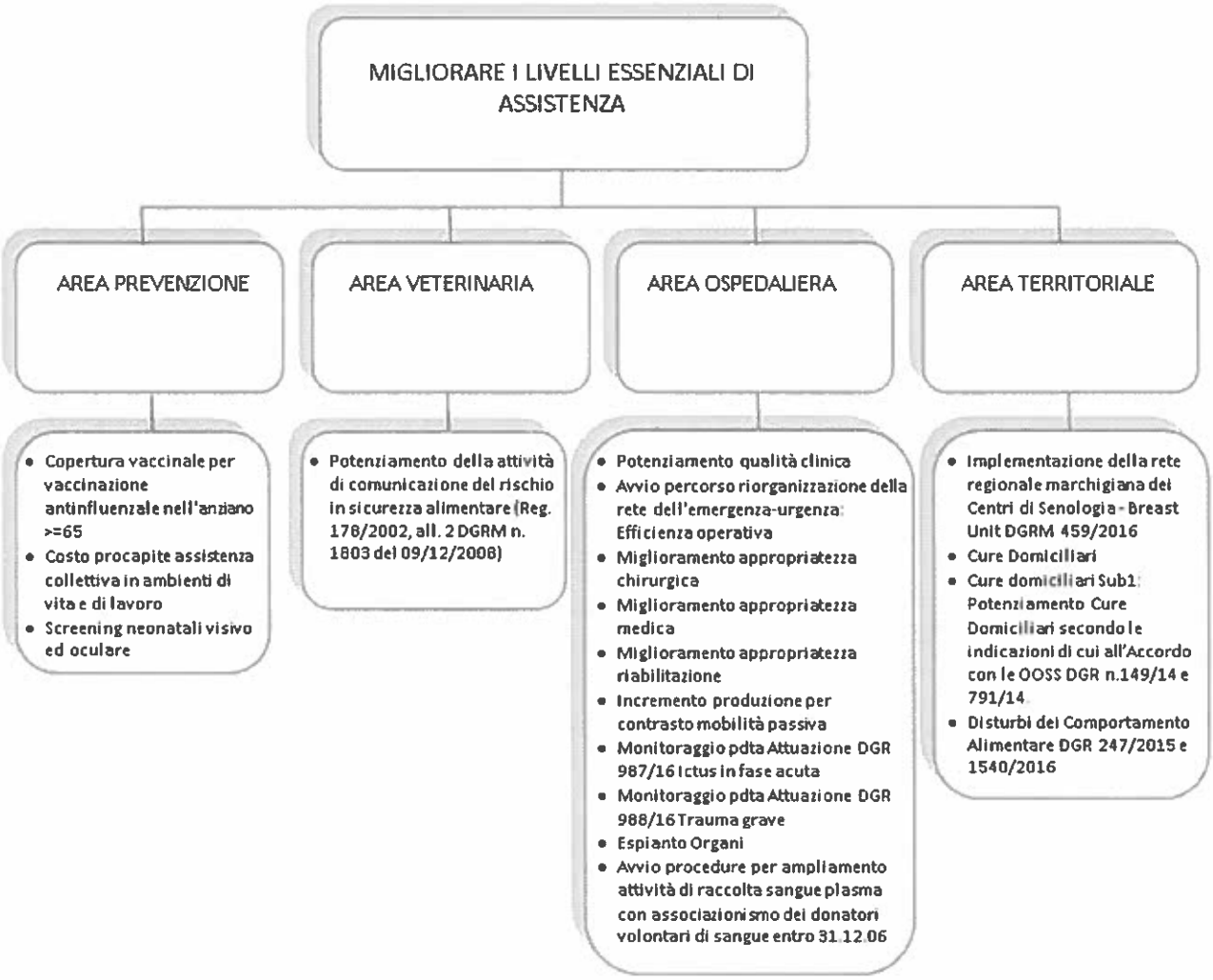
La trasparenza nei confronti dei cittadini è garantita mediante l'accessibilità totale alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'ASUR, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche a garanzia delle libertà individuali e collettive.

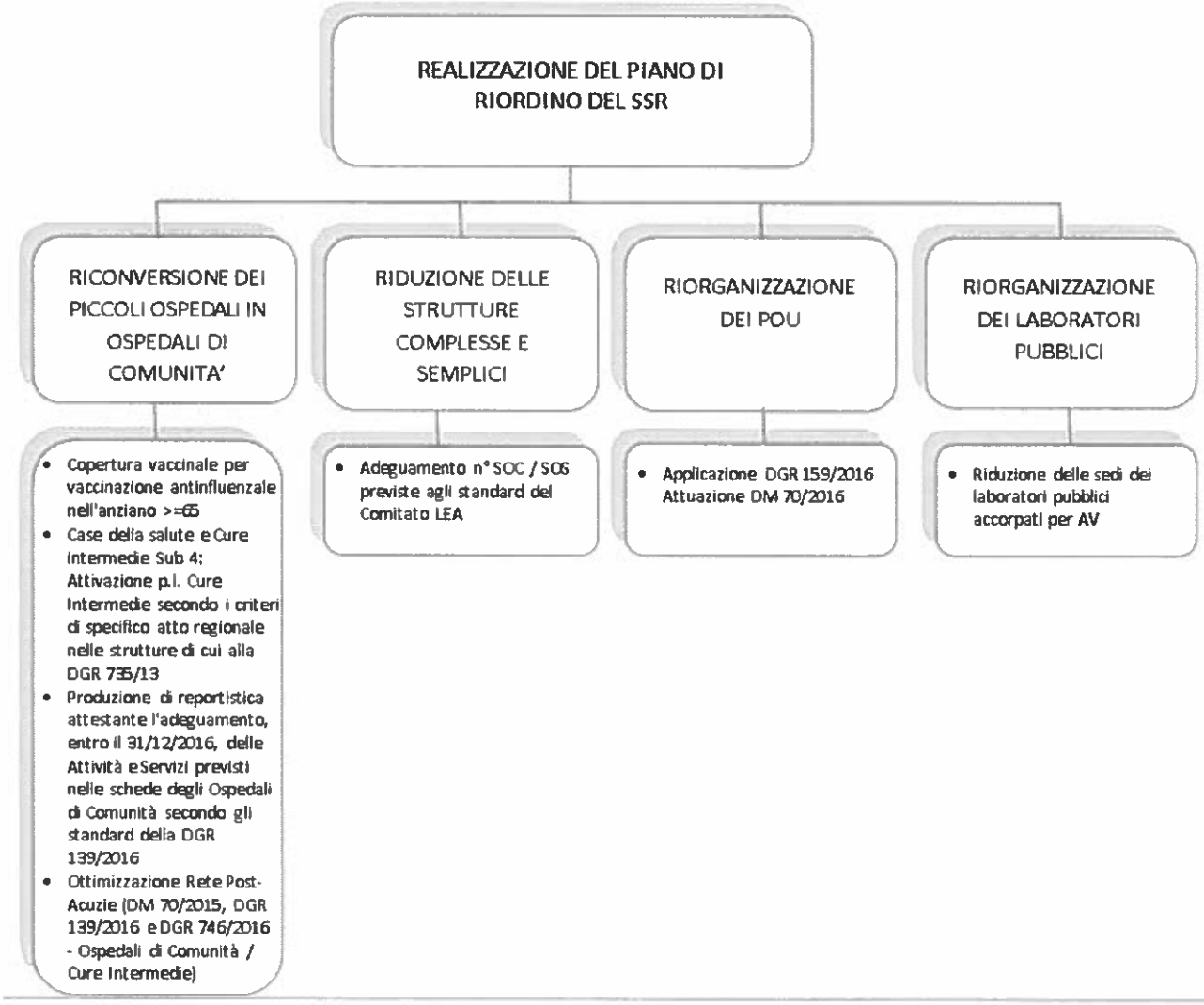
2 – L'albero della Performance

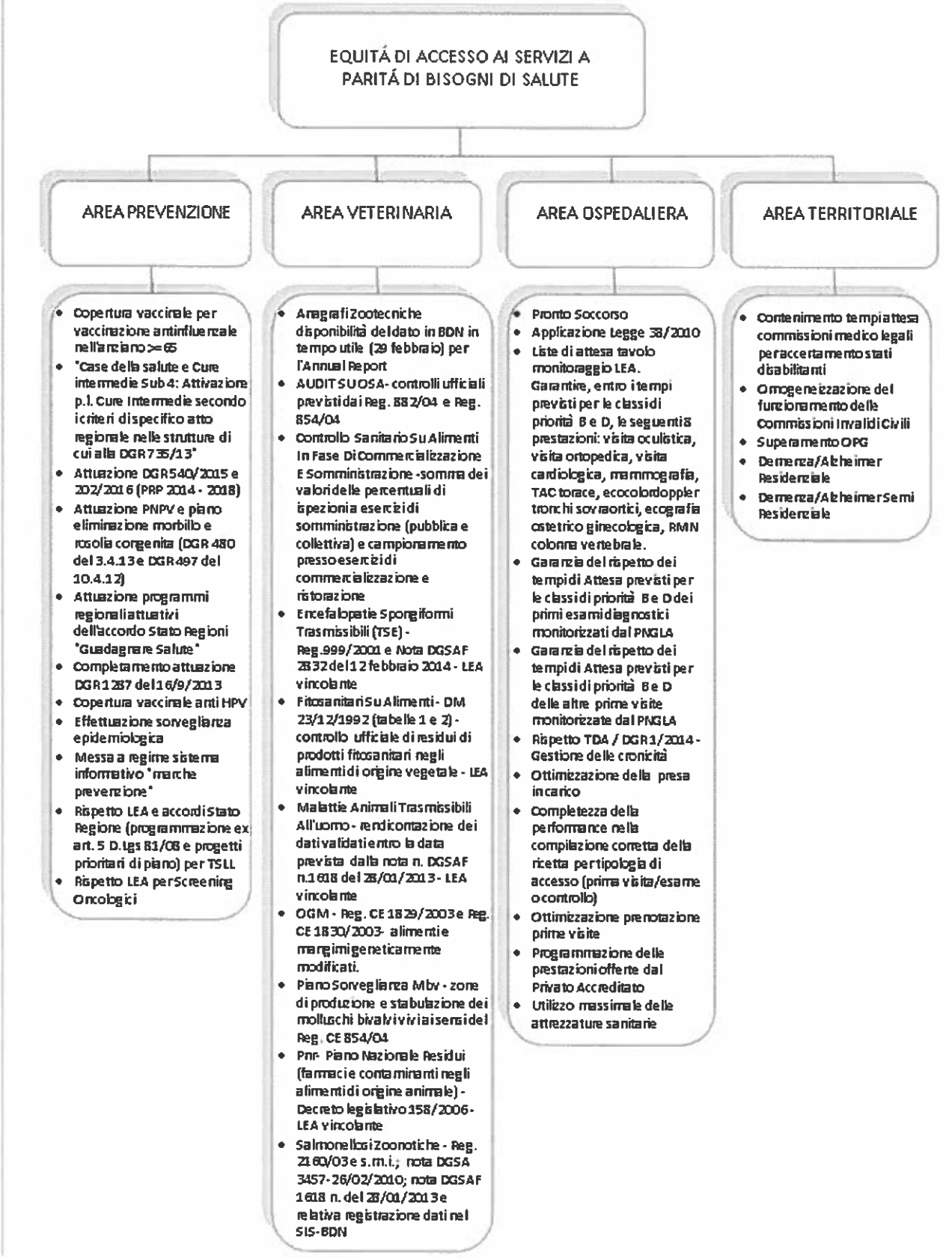
Il collegamento tra la *mission* istituzionale, le aree strategiche e gli obiettivi strategici è rappresentato nell'albero della performance seguente, che costituisce il collante con gli obiettivi operativi definiti per il 2017.

[4] Deliberazioni n. 478/2013 (Numero dei presidi ospedalieri per AAVV), n. 551/2013 e 1219/2014 (riduzione delle strutture complesse e semplici), n. 735/2013 (Riduzione della frammentazione ospedaliera, Riconversione delle piccole strutture ospedaliere e Riorganizzazione della rete territoriale dell'emergenza-urgenza), 1345/2013 e 1219/2014 (Riordino delle reti cliniche), 920/2013e 1476/2013 (Riordino rete emergenza-urgenza).


MANTENIMENTO DELL'EQUILIBRIO DI BILANCIO
RISPETTO DEL BUDGET REGIONALE EX DGRM 1640/15
RISPETTO DEI VINCOLI SUL COSTO DEL PERSONALE
RISPETTO DEI VINCOLI SULLA SPESA FARMACEUTICA
RISPETTO DEGLI ADEMPIMENTI MINISTERIALI
Attuazione piano investimenti
Farmaci oncologici
Razionalizzazione dei costi dei dispositivi medici
Utilizzo PTO di AV (DRG 1696/2012)
Riduzione farmaceutica ospedaliera "pura"
Incremento segnalazioni ADR
Rispetto della compilazione Registri AIFA
Appropriatezza prescrittiva farmaci biologici in ambito reumatologico, gastroenterologico e dermatologico
Attivazione monitoraggio prescrizioni nella farmaceutica convenzionata (DGR 140/2009)
Contenimento spesa farmaceutica territoriale convenzionata
Incremento distribuzione diretta
Incremento uso farmaci con brevetto scaduto
Incremento utilizzo farmaci in farmaceutica convenzionata di classe A con brevetto scaduto
Monitoraggio dei farmaci ad alto costo
Potenziamento della farmaceutica in distribuzione diretta
Riduzione consumo antibiotici su tutti i canali distributivi
Utilizzo farmaci biosimilari
Incremento utilizzo farmaci in distribuzione diretta e per conto di classe A con brevetto scaduto
Monitoraggio grandi apparecchiature. Pubblicazione in NSIS di tutte le apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22 aprile 2014, nonché delle ulteriori apparecchiature individuate (angiografi e mammografi) in uso presso le strutture pubbliche
Completezza Tabella 1C.bis Personale delle strutture di ricovero delle case di cura accreditate
Effettuare la movimentazione dei dati delle fatture sulla piattaforma di certificazione dei crediti
Flusso Consumi Dispositivi medici; Modello CE: voci B.1.A.3.1 Dispositivi medici e B.1.A.3.2 Dispositivi medici impiantabili attivi
Flusso FAR; Estensione Flusso FAR agli Ospedali di Comunità ed utilizzo del sistema RUG III (DGR 960/2014 dgr 139/2016 e dgr 746/2016)
Garantire completezza dei flussi di dati fondamentali per il funzionamento del Registro Tumori Regionale
Garantire completezza e qualità dei flussi informativi che costituiscono debito informativo verso il Ministero della salute ed il MEF
Garantire il rispetto dei tempi di pagamento
Vincolante Garantire completa trasmissione del flusso informativo sui dati spesa sanitaria anno 2016 (Dati per dichiarazione dei redditi)
Dematerializzazione prescrizioni specialistiche
Effettuazione pagamenti elettronici attraverso il nodo dei pagamenti SPC
Realizzazione del Fascicolo Sanitario Elettronico


MIGLIORARE I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
AREA PREVENZIONE
AREA VETERINARIA
AREA OSPEDALIERA
AREA TERRITORIALE
• Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano >=65
• Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro
• Screening neonatali visivo ed oculare
• Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)
• Potenziamento qualità clinica
• Avvio percorso riorganizzazione della rete dell'emergenza-urgenza: Efficienza operativa
• Miglioramento appropriatezza chirurgica
• Miglioramento appropriatezza medica
• Miglioramento appropriatezza riabilitazione
• Incremento produzione per contrasto mobilità passiva
• Monitoraggio pdta Attuazione DGR 987/16 Ictus in fase acuta
• Monitoraggio pdta Attuazione DGR 988/16 Trauma grave
• Espianto Organi
• Avvio procedure per ampliamento attività di raccolta sangue plasma con associazionismo dei donatori volontari di sangue entro 31.12.06
• Implementazione della rete regionale marchigiana dei Centri di Senologia - Breast Unit DGRM 459/2016
• Cure Domiciliari
• Cure domiciliari Sub1: Potenziamento Cure Domiciliari secondo le indicazioni di cui all'Accordo con le OOSS DGR n.149/14 e 791/14
• Disturbi del Comportamento Alimentare DGR 247/2015 e 1540/2016


REALIZZAZIONE DEL PIANO DI RIORDINO DEL SSR
RICONVERSIONE DEI PICCOLI OSPEDALI IN OSPEDALI DI COMUNITA'
RIDUZIONE DELLE STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI
RIORGANIZZAZIONE DEI POU
RIORGANIZZAZIONE DEI LABORATORI PUBBLICI
• Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano >=65
• Case della salute e Cure Intermedie Sub 4: Attivazione p.l. Cure Intermedie secondo i criteri di specifico atto regionale nelle strutture di cui alla DGR 735/13
• Produzione di reportistica attestante l'adeguamento, entro il 31/12/2016, delle Attività e Servizi previsti nelle schede degli Ospedali di Comunità secondo gli standard della DGR 139/2016
• Ottimizzazione Rete Post-Acuzie (DM 70/2015, DGR 139/2016 e DGR 746/2016 - Ospedali di Comunità / Cure Intermedie)
• Adeguamento n° SOC / SOS previste agli standard del Comitato LEA
• Applicazione DGR 159/2016 Attuazione DM 70/2016
• Riduzione delle sedi dei laboratori pubblici accorpati per AV


EQUITÁ DI ACCESSO AI SERVIZI A PARITÁ DI BISOGNI DI SALUTE
AREA PREVENZIONE
AREA VETERINARIA
AREA OSPEDALIERA
AREA TERRITORIALE
• Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano >=65
• "Case della salute e Cure intermedie Sub 4: Attivazione p.l. Cure Intermedie secondo i criteri di specifico atto regionale nelle strutture di cui alla DGR 735/13"
• Attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)
• Attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)
• Attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni "Guadagnare Salute"
• Completamento attuazione DGR 1287 del 16/9/2013
• Copertura vaccinale anti HPV
• Effettuazione sorveglianza epidemiologica
• Messa a regime sistema informativo "marche prevenzione"
• Rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.lgs 81/08 e progetti prioritari di piano) per TSLL
• Rispetto LEA per Screening Oncologici
• Anagrafi Zootecniche disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report
• AUDIT SUOSA - controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04
• Controllo Sanitario Su Alimenti In Fase Di Commercializzazione E Somministrazione - somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione
• Encefalopatie Spongiformi Trasmissibili (TSE) - Reg. 999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante
• Fitosanitari Su Alimenti - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale - LEA vincolante
• Malattie Animali Trasmissibili All'uomo - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante
• OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003 - alimenti e mangimi geneticamente modificati.
• Piano Sorveglianza Mbv - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04
• Pnr - Piano Nazionale Residui (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006 - LEA vincolante
• Salmonellosi Zoonotiche - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e relativa registrazione dati nel SIS-BDN
• Pronto Soccorso
• Applicazione Legge 38/2010
• Liste di attesa tavolo monitoraggio LEA. Garantire, entro i tempi previsti per le classi di priorità B e D, le seguenti 8 prestazioni: visita oculistica, visita ortopedica, visita cardiologica, mammografia, TAC torace, ecocolordoppler tronchi sovraortici, ecografia ostetrico ginecologica, RMN colonna vertebrale.
• Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D dei primi esami diagnostici monitorizzati dal PNGLA
• Garanzia del rispetto dei tempi di Attesa previsti per le classi di priorità B e D delle altre prime visite monitorizzate dal PNGLA
• Rispetto TDA / DGR 1/2014 - Gestione delle cronicità
• Ottimizzazione della presa in carico
• Completezza della performance nella compilazione corretta della ricetta per tipologia di accesso (prima visita/esame o controllo)
• Ottimizzazione prenotazione prime visite
• Programmazione delle prestazioni offerte dal Privato Accreditato
• Utilizzo massimale delle attrezzature sanitarie
• Contenimento tempi attesa commissioni medico legali per accertamento stati disabilitanti
• Omogeneizzazione del funzionamento delle Commissioni Invalidi Civili
• Superamento OPG
• Demenza/Alzheimer Residenziale
• Demenza/Alzheimer Semi Residenziale

VALORIZZAZIONE DELLE PROFESSIONALITÁ DEGLI OPERATORI
Piano assunzioni
Garantire il rispetto del turnover
Riduzione precariato
Garantire la continuità assistenziale
TRASPARENZA NEI CONFRONTI DEI CITTADINI
Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali
Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)

SISTEMI INFORMATIVI E SERVIZI DI SUPPORTO

- Convenzionamenti strutture extra ospedaliere residenziali e semiresidenziali
- Obiettivi Area ATL (Anticorruzione e Trasparenza)
- Liste di attesa
- Consultorio
- Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni
- Progetto Regione Marche "Rete telematica per la Gestione delle sindromi coronariche acute (DGR 1282/2016)
- Gestione ed utilizzo delle anagrafiche fornitori e prodotti/servizi intervento nei processi e nelle funzionalità del Sistema Informativo AREAS
- Precisione degli invii mensili flussi farmaceutica ospedaliera e distribuzione diretta
- Codifica unica catalogo Regionale RIS normalizzato
- Rendicontazione obiettivi prioritari di rilievo nazionale 2016 (DGR 648/2016)
- Strategia delle Aree Interne "Basso Appennino Pesarese e Anconetano (DGR 954/2016)
- Efficacia ed efficienza del processo di budgeting
- Obiettivi Area ATL (Controllo di Gestione)
- Obiettivi Area ATL (Bilancio)
- Obiettivi Area ATL (Controllo di Gestione)
- Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)
- Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)
- Obiettivi Area ATL (Farmacia Ospedaliera e Territoriale)
- Obiettivi Area ATL (Formazione)
- Obiettivi Area ATL (Ingegneria Clinica)
- Obiettivi Area ATL (Patrimonio)
- Obiettivi Area ATL (Personale)
- Obiettivi Area ATL (Provveditorato)
- Obiettivi Area ATL Affari Generali/Segreterie generali)
- Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Ospedaliera)
- Obiettivi Area ATL (Direzione Amministrativa Territoriale)

3 - Piano degli indicatori e risultati attesi 2017

Sulla base delle azioni prioritarie da realizzare, sono stati individuati per l'anno 2017 i seguenti indicatori e risultati attesi, che confermano il mantenimento dei risultati attesi 2016, approvati con DGRM 1090 del 19/09/2016 e con Det. 736/2016 nonché il raggiungimento di quelli proposti dal Servizio Salute nell'incontro del 27 gennaio, in corso di approvazione da parte della Giunta Regionale.

Tali indicatori e risultati attesi saranno aggiornati sulla base degli obiettivi che la Regione assegnerà agli Enti del SSR per l'anno 2017 con apposita Delibera di Giunta.

A. PREVENZIONE, VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

%	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
4.1	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per prima dose MPR	N° di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con prima dose MPR	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	+5% rispetto anno 2016
4.3	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	copertura vaccinale antimeningococcica	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati con 1 dose	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	76,6%
4.4	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	copertura vaccinale antipneumococcica C	numero di soggetti entro 24 mesi di età vaccinati ciclo completo	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	89,6%
115	A.1-8	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano >=65	Copertura vaccinale per vaccinazione antinfluenzale nell'anziano (>=65 anni)	numero di soggetti di età superiore o uguale a 65 anni vaccinati per influenza	numero di soggetti superiore o uguale a 65 anni residenti	> anno 2016
5.1	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Indicatori GISMA/GISCOR per screening oncologici	Inviti	Popolazione target	Rispetto Standard estensione tra il 40 ed il 50% annuale
5.2	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Indicatori GISCI per screening oncologici	Inviti	Popolazione target	Rispetto Standard estensione al 33% annuale
5.3	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Proporzione di cancri in stadio II+ rilevati dai programmi di screening per il tumore della mammella (cancri screen-detected) ai round successivi a quello di prevalenza	N° dei cancri invasivi screen-detected	N° di tutti i cancri screen-detected * 100	< 25%
116	A.1-2	rispetto LEA per Screening Oncologici	Aumento persone che effettuano il test di screening mammella e colon-retto	Numero slot dedicati allo screening colon-retto, mammella per AV/Azienda	N. strutture eroganti per AZ/AV	Aumento di almeno due ore/struttura per AV/Az per ogni screening
6.1	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano)	Percentuale di unità locali controllate sul totale da controllare	N. aziende controllate	numero aziende con almeno 1 dipendente	>=5%
6.2	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano)	operatività degli Organismi Provinciali	attività effettuate in coordinamento	attività programmate dall'O.P. in coordinamento	100%
117.1	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano)	operatività degli Organismi Provinciali	n. controlli ispettivi congiunti in edilizia e agricoltura	n. controlli ispettivi totali effettuati in edilizia ed	>3%
117.2	A.1-3	rispetto LEA e accordi Stato Regione (programmazione ex art. 5 D.Lgs 81/08 e progetti prioritari di piano)	Cantieri edili controllati	Numero cantieri edili ispezionati	Numero di notifiche ex art. 99 D. Lgs 81/08	>10%
7	A.1-4	attuazione programmi regionali attuativi dell'accordo Stato Regioni "Guadagnare Salute"	prevalenza popolazione sovrappeso/obesa e sedentaria, misura consumo di frutta	prevalenza anno di valutazione	prevalenza anno precedente a quello della valutazione	mantenimento % indicatori almeno pari al 2012-2014
8	A.1-5	effettuazione sorveglianza epidemiologica (***)	Realizzazione sorveglianza PASSI per monitoraggio PRP	n. di interviste effettuate su n. interviste da effettuare		>= 90%

%	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
9.1	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	aggiornamento software screening oncologici	Messa a regime in tutte le AA.VV.		Relazione direzione generale ASUR
9.2	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	implementazione anagrafe vaccinale informatizzata	Messa a regime in almeno 2 A.V. ASUR		Relazione direzione generale ASUR
9.3	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	integrazione registro informatizzato idoneità sportive con cartella sanitaria medicina dello sport	Messa a regime in tutte le AA.VV.		Relazione direzione generale ASUR
9.4	A.1-6	messa a regime sistema informativo "marche prevenzione" (****)	Implementazione area TSLL e notifiche art. 99 on line	Messa a regime notifiche on line ex art. 99 D. Lgs. 81/08 in tutte le AA.VV.		Relazione direzione generale ASUR
119	A.1-10	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo procapite assistenza collettiva in ambienti di vita e di lavoro	Costo Modello La voce 19999 (escluso Ribaltamento 2 e 3)	Popolazione residente ISTAT 1/1/anno	>80 euro o, se inferiore, comunque in aumento rispetto anno precedente
12	A.1-7	copertura vaccinale anti HPV	copertura vaccinale anti HPV (**)	N. bambine nel corso del 12° anno di età vaccinate con ciclo completo	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita 2001	Mantenimento
13	A.2-7	Potenziamento della attività di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare (Reg. 178/2002, all. 2 DGRM n. 1803 del 09/12/2008)	Atti formali relativi alla pianificazione delle attività di comunicazione del rischio nell'ambito della sicurezza alimentare	Esecuzione delle attività annuale di comunicazione del rischio programmata dall'Autorità competente locale, per ciascuna A.V., entro il 31 dic 2017		Report interdisciplinare di Area vasta dell'attività annuale di comunicazione del rischio in sicurezza alimentare
14.1	A.2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 -	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini da controllare per TBC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti bovini controllati per TBC	Allevamenti bovini da controllare per TBC	100%
14.2	A.2-8	MALATTIE ANIMALI TRASMISSIBILI ALL'UOMO - rendicontazione dei dati validati entro la data prevista dalla nota n. DGSAF n.1618 del 28/01/2013 - LEA vincolante	% allevamenti controllati sugli allevamenti bovini, ovini e caprini da controllare per BRC come previsto dai piani di risanamento	Allevamenti delle tre specie controllati per BRC	Allevamenti delle tre specie da controllare per BRC	100%
15.1	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 -	% di capi bovini morti sottoposti al test per BSE sul totale degli attesi	Numero di bovini morti testati per BSE	Numero totale dei bovini morti	>=85%
15.2	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di capi ovini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi ovini i morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi ovini morti	≥ 85% di ovini
15.2	A.2-4	ENCEFALOPATIE SPONGIFORMI TRASMISSIBILI (TSE) - Reg.999/2001 e Nota DGSAF 2832 del 12 febbraio 2014 - LEA vincolante	% di caprini morti sottoposti al test per TSE/Scrapie sul totale degli attesi per ogni specie	N. capi caprini morti sottoposti al test TSE/Scrapie	N. totale dei capi caprini morti	≥ 70% di caprini morti e testati per scrapie, rispetto al valore atteso per ciascuna specie
16	A.2-12	PNR- PIANO NAZIONALE RESIDUI (farmaci e contaminanti negli alimenti di origine animale) - Decreto legislativo 158/2006 - LEA	% campioni effettuati sul totale dei campioni previsti dal PNR	Campioni effettuati per il PNR	Totale campioni previsti dal PNR	≥ 98 %
19	A.2.6	FITOSANITARI SU ALIMENTI - DM 23/12/1992 (tabelle 1 e 2) - controllo ufficiale di residui di prodotti fitosanitari negli alimenti di origine vegetale - LEA vincolante	% campioni effettuati sul totale dei previsti nell'ambito del programma di ricerca dei residui di fitosanitari negli alimenti vegetali	N. campioni effettuati	N. totale campioni previsti	≥ 90% in tutte le categorie previste dal DM

%	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
20.1	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende ovicaprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. Aziende ovi-caprini controllati	N. totale aziende ovi-caprini	> 3% delle aziende
20.1	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Capi ovicaprini controllati sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R (3% delle aziende e 5% dei capi)	N. totale capi ovi-caprini controllati	N. totale capi ovi-caprini	> 5% dei capi
20.2	A.2-1	ANAGRAFI ZOOTECNICHE disponibilità del dato in BDN in tempo utile (29 febbraio) per l'Annual Report	% Aziende suinicole controllate sul totale dei controlli previsti per il sistema I&R -art. 8 comma 2, dlgs 200/2010 (1% aziende)	N. aziende suinicole controllate I&R	N. totale aziende suinicole	1%
21.1	A.2-3	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati-articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	% di ispezioni effettuate sul totale delle programmate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. di ispezioni effettuate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	N. totale di ispezioni programmate negli esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva)	>= anno 2013
21.2	A.2-3	CONTROLLO SANITARIO SU ALIMENTI IN FASE DI COMMERCIALIZZAZIONE E SOMMINISTRAZIONE -somma dei valori delle percentuali di ispezioni a esercizi di somministrazione (pubblica e collettiva) e campionamento presso esercizi di commercializzazione e ristorazione (pubblica e collettiva) effettuati sul totale dei programmati-articoli 5 e 6 del DPR 14/07/95	% di campionamenti effettuati sul totale dei programmati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N. campionamenti effettuati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	N. totale di campionamenti programmati negli esercizi di commercializzazione e di ristorazione	>= anno 2013
22	A.2-9	OGM - Reg. CE 1829/2003 e Reg. CE 1830/2003- alimenti e mangimi geneticamente modificati.	% campioni eseguiti sul totale dei previsti dal Piano OGM	N. campioni eseguiti	N. totale campioni previsti dal Piano OGM	≥ 95 % Piano OGM
23	A.2-10	PIANO SORVEGLIANZA MBV - zone di produzione e stabulazione dei molluschi bivalvi vivi ai sensi del Reg. CE 854/04	% di aree di raccolta dei molluschi sottoposte a monitoraggio con la frequenza prevista	Aree di raccolta molluschi sottoposte a monitoraggio con frequenza previste	Aree di raccolta molluschi	100%
24	A.2-13	SALMONELLOSI ZOONOTICHE - Reg. 2160/03 e s.m.i.; nota DGSA 3457-26/02/2010; nota DGSAF 1618 n. del 28/01/2013 e realtiva registrazione dati nel SIS-BDN	% campionamenti sul totale dei campioni previsti dal "piano salmonellosi" in allevamento	Campioni effettuati	Totale campioni previsti dal piano salmonellosi	100%
25	A.2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04	% di AUDIT effettuati sul totale dei programmati dall'Autorità Competente Locale	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		Atti formali adottati che definiscono il programma di audit dell' ACL su OSA. (Il programma deve comprendere almeno il 30 % degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di
132	A.1-12	Completamento attuazione DGR 1287 del 16/9/2013	Organizzazione Dipartimenti di Prevenzione in AV	Attuazione da parte di ciascuna AV del capitolo 3 della DGR 1287/2013		atti delle 5 AAVV.

%	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
134	A.2-2	AUDIT SU OSA- controlli ufficiali previsti dai Reg. 882/04 e Reg. 854/04	Atti formali che definiscono il programma di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA	Adozione atti formali che definiscono il programma annuale di audit dell'Autorità Competente Locale su OSA		Atti formali adottati che definiscono il programma di audit dell' ACL su OSA. (Il programma deve comprendere almeno il 30 % degli stabilimenti riconosciuti del settore latte e prodotti a base di latte)
182	A.1-13	Screening neonatali visivo ed oculare	tasso di copertura neonati sottoposti a screening	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi	n. neonati sottoposti a screening/ n. neonati dimessi	95%
182.1	A.1-13	Screening neonatali visivo ed oculare	% inserimento dati neonati sottoposti a screening in applicativo regionale	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numero neonati sottoposti a screening	numero neonati con dati inseriti in sistema informativo/numero neonati sottoposti a screening	95%
183	A.1-1	attuazione PNPV e piano eliminazione morbillo e rosolia congenita (DGR 480 del 3.4.13 e DGR 497 del 10.4.12)	Copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base (3 dosi) (polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse, Hib)	Numero di soggetti entro i 24 mesi di età, vaccinati con cicli completi (3 dosi) per poliomelite, difterite, tetano, epatite virale B, pertosse, Hib	Numero di soggetti della rispettiva coorte di nascita	>=95%
184	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per mammella	Persone in età target che eseguono nel 2017 il test di screening per carcinoma mammella	Popolazione target 2016	>50%
185	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per cervice uterina	Persone in età target che eseguono nel 2017 il test di screening per cervice uterina	Popolazione target 2016	> 45%
186	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% persone che ha effettuato test di screening di primo livello, in un programma organizzato, per colon retto	Persone in età target che eseguono nel 2017 il test di screening per tumore colon retto	Popolazione target 2016	> 40%
215	A.1-11	Attuazione DGR 540/2015 (PRP 2014-2018)	Formalizzazione piano attuativo programmi 1 - 4 PRP in ciascuna AV per l'anno 2017	Determina di ciascuna delle AA.VV. entro il 30/06/2017		approvazione atti
216	A.1.14	attuazione DGR 540/2015 e 202/2016 (PRP 2014 - 2018)	raggiungimento obiettivi di processo indicatori "sentinella" paragrafo 1.5 DGR 540/15 e smi DGR 202/16	valori previsti per anno 2017 descritti in all A DGR 202/16. (Tutti tranne indicatori 3-3, 4-3, 6-7, 7-2, 7-5, 9-2, 11-7, 12-4, 12-8, 12-10, 12-11)		relazione ASUR
257	A.1-13	Attuazione diagnosi prenatale	Avvio ambulatorio di II livello	Avvio ambulatorio di II livello		Fatto/Non Fatto
269	A.1.15	Attuazione piano eliminazione meningococco B ai nuovi nati	Copertura vaccinale meningococco B ai nuovi nati coorte 2017	N° di soggetti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita 2017	> = 30%
270	A.1.16	Attuazione piano eliminazione meningococco ACWY agli adolescenti (range 11 - 18)	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 12 - 18 anni) di una dose antimeningococco ACWY	N° di adolescenti vaccinati entro un anno per antimeningococco C	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%

%	N. Obiettivo	Des Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
271	A.1.17	Attuazione piano eliminazione morbillo, parotite, rosolia e varicella nel primo anno di vita	Copertura vaccinale nei bambini nati dall'anno 2016 con offerta a 13-15 mesi con dose vaccino quadrivalente MPRV.	N° di soggetti vaccinati nati a partire dall'anno 2016	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
272	A.1.18	Attuazione piano eliminazione Papilloma virus ai maschi	Copertura vaccinale a tutti i maschi nati a partire dall'anno 2007 per il vaccino HPV anti Papilloma Virus	N° di soggetti vaccinati, nati a partire dall'ano 2007	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
273	A.1.19	Attuazione piano eliminazione Poliomelite IPV	Copertura vaccinale agli adolescenti (range 12 - 18 anni) con la quinta dose di vaccino anti-poliomelite, da effettuare con richiamo DPTa.	N° di adolescenti vaccinati	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
274	A.1.20	Attuazione piano eliminazione pneumococco nei soggetti adulti	Copertura vaccinale anti-pneumococo nei soggetti dai 65 anni di età a partire dalla prox stagionale antinfluenzale 2017-2018. Tale offerta può avvenire disgiuntamente dalla campagna antinfluenzale	N° di soggetti dai 65 anni di età vaccinati con antipneumococco	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 55%
275	A.1.21	Attuazione piano eliminazione Herpes - Zoster nei soggetti adulti	Copertura vaccinale dai soggetti di 65 anni di età	N° di soggetti vaccinati anni 65	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 20%
276	A.1.22	Attuazione piano eliminazione Rotavirus nei bambini	Copertura vaccinale dei bambini soggetti a rischio	N° di bambini vaccinati soggetti a rischio	N° di soggetti della rispettiva coorte di nascita	> = 60%
284	A.1-2	Rispetto LEA per Screening Oncologici	% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro cervice uterina con HPV come test primario	N° AAVV con percorso HPV-TEST attivato	Totale AAVV	Attivazione in 3 Aree Vaste su 5
285	A.1-2		% Aree Vaste che hanno attivato percorso screening cancro mammella su base eredo-familiare	N° AAVV con percorso cancro mammella su base eredo-familiare attivato	Totale AAVV	Attivazione in 3 Aree Vaste su 5

B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE

%	AREA	N. Obiettiv	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
45.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	% parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di I livello o con numero parti < 1000	≤15%
45.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	% parti cesarei primari sul totale dei parti (esclusi i casi con pregresso parto cesareo nei 10 anni precedenti a partire dalla data di inizio del ricovero per parto e quelli con diagnosi di nato morto) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero dimissioni con parto cesareo primario (DRG 370, 371) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	Numero totale delle dimissioni per parto con nessun pregresso cesareo (DRG 370 - 375) nelle strutture con maternità di II livello o con numero parti ≥ 1000	≤19%
45.5	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Vincolante % parti fortemente pre-termine avvenuti in punti nascita senza UTIN	Numero di parti in età gestazionale compresa tra le 22 e 31 settimane (estremi inclusi) avvenuti in punti nascita (strutture e/o stabilimenti ospedalieri) senza PL di terapia intensiva neonatale		n. assoluto <= a 12 parti pretermine
45.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	% pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate in regime ordinario	Pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore operati entro 2 giornate	Totale pazienti (età 65+) con diagnosi principale di frattura del collo del femore	> 58,72%
45.6	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Vincolante Rapporto tra ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) e ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario	Ricoveri attribuiti a DRG non a rischio di inappropriatezza (alleg. B Patto per la Salute 2010-2012) in regime ordinario.	<val 2016
45.7	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	% ricoveri con DRG chirurgico in regime ordinario sul totale dei ricoveri ordinari (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. dimissioni con DRG chirurgico in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	N. complessivo di dimissioni in regime ordinario (esclusi DRG ad alto rischio di inappropriatezza)	>= 2016
45.9	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	vincolante % Ricoveri in DH medico diagnostici/ricoveri in DH medico	Ricoveri in DH medico diagnostici	Ricoveri in DH medico	< 33,04%
45.3	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Riammissioni a 30 giorni per scompenso cardiaco congestizio (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno) con riammissione entro trenta giorni dalla data di dimissione	Numero di ricoveri con diagnosi principale di scompenso cardiaco (non preceduti da un altro ricovero per scompenso cardiaco entro 1 anno)	> Valore 2016
45.4	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Riammissioni a 30 giorni per BPCO riacutizzata (Indicatore Agenas PNE)	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti) seguiti entro 30 giorni dalla data di dimissione da almeno un ricovero ospedaliero ordinario per acuti	Numero di ricoveri con diagnosi di BPCO riacutizzata (non preceduti da ricovero con la stessa diagnosi nei 90 giorni precedenti)	100% Stabilimenti < 16%
46	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-8	% Ricoveri medici oltresoglia >= 65 anni	Ricoveri medici oltresoglia ≥ 65 anni	Ricoveri medici ≥ 65 anni	< 5,12%
47.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-7	% DRG Medici da reparti chirurgici	Dimessi da reparti chirurgici con DRG medici	Dimessi da reparti chirurgici	< 22,56%

%	AREA	N. Obiettiv	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
47.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-7	DRG LEA Chirurgici: % Ricoveri in Day-Surgery	Ricoveri effettuati in Day-Surgery per i Drg LEA Chirurgici	Ricoveri effettuati in Day-Surgery e ricovero ordinario per i Drg LEA Chirurgici	≥Valore 2016
49.1	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-11	% pazienti con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro 30 minuti	Pazienti in PS con codice giallo visitati entro e oltre 30 minuti	>=80%
49.2	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-11	% pazienti con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro 1 ora	Pazienti in PS con codice verde visitati entro e oltre 1 ora	>=80%
107	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-5	Intervallo Allarme-Target dei mezzi di soccorso (minuti)	75° percentile della distribuzione degli intervalli di tempo tra la ricezione della chiamata da parte della centrale operativa e l'arrivo sul posto del primo mezzo di soccorso di tutte le missioni durante l'anno.		<=18
127	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-12	Riorganizzazione dei laboratori analisi in ottica di AV geograficamente intesa interaziendale	Redazione documentazione da inviare alla P.F. Assistenza Territoriale		documentazione redatta entro il 31/12/17
128	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-9	Appropriatezza clinico-assistenziale	N. cartelle che presentano il piano individuale riabilitativo	Totale delle cartelle valutate di tipo riabilitativo	> 80%
129	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-9	Vincolante Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione appropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16) con giornate di degenza potenzialmente inefficienti (oltre soglia DGR 709/14)	Numero totale di giornate di degenza ricoveri di riabilitazione	< Valore 2016
148	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-14	Attività svolte per l'avvio della rete per la terapia del doloreValutazione applicazione DGR 325/2015	Numero ambulatori per la rete del dolore dedicati dei centri spoke per AV/Az	Numero ambulatori per terapia dolore già attivati per AV/Az prima della dgr	> Valore 2016
149	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-14	Attività svolte per l'avvio della rete per le cure palliative Valutazione applicazione DGR 846/2014	Numero UCP H-D attivate	Numero Hospice attivati	> Valore 2016
150	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-14	Consumo territoriale di farmaci oppioidi maggiori	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2017) - (N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2016)	(N° DDD (ATC5 N02AA01, N02AG01, N02AE01, N02AB03, N02AA05, N02AA55, N02AA03) anno 2016)	≥ 2% rispetto al 2016
177	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-9	Implementazione dei controlli sulle cartelle cliniche per i ricoveri di riabilitazione sulla base delle indicazioni regionali e aziendali (Decreto n. 12/RAO del 28/04/2016)	Numero di controlli effettuati	Numero controlli previsti da indicazioni regionali ed aziendali	100% dei controlli previsti
181	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-14	Stesura progetto sull'implementazione Cure Palliative della SLA	Progetto inviato alla Direzione Generale ASUR entro il 31/12/2016		Progetto inviato alla Direzione Generale ASUR entro il 31/12/2016
195	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Appropriatezza clinico-assistenziale ostetricia	N. Schede di valutazione per taglio cesareo compilate	Totale parti cesarei	100%
196	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-10	Degenza media pre-operatoria	Degenza pre-operatoria interventi chirurgici	Dimessi con interventi chirurgici	<=1,30

%	AREA	N. Obiettiv	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
197	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-9	Garantire appropriatezza ed efficienza nelle prestazioni di ricovero ospedaliero per la riabilitazione	Numero ricoveri di riabilitazione inappropriati (Dec. 8/RAO/16 e 12/RAO/16)	Totale ricoveri di riabilitazione	< Valore 2016
198	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-15	Proporzione di colecistectomie laparoscopiche eseguite in Unità operative chirurgiche con volumi di attività > 100 interventi annui	Numero ricoveri per colecistectomie laparoscopiche in reparti con volumi di attività > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per colecistectomie laparoscopiche	>80% (inclusi privati accreditati)
199	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-15	% pazienti sottoposti ad intervento di colecistectomia laparoscopica con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Pazienti con intervento di colecistectomia laparoscopica e degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni	Totale pazienti sottoposti a colecistectomia laparoscopica	>70%
200	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-15	Proporzione di interventi per tumore maligno della mammella eseguiti in Unità operative con volumi di attività > 150 interventi annui	Numero di ricoveri per intervento tumore mammella in reparti con volume di attività > 150 casi annui	Numero totale ricoveri per interventi per tumore mammella	97% inclusi privati accreditati
201	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.1-15	Proporzione di interventi per frattura del femore eseguiti in Unità operative chirurgiche con volumi > 75 casi annui	Numero di ricoveri int. frattura del femore eseguiti in reparti con volume di attività > 75 casi annui	Numero totale ricoveri per frattura del femore	100% inclusi privati accreditati
202	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-16	Produzione di reportistica attestante la presenza di una rendicontazione analitica su ogni singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita		Documentazione inviata entro il 30/04/2018
222	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Potenziamento ricoveri chirurgici di alta complessità in regime ordinario nei DRG specifici	(∑ DRG in R.O. 2017) - (∑ DRG in R.O. 2016)	(∑ DRG in R.O. 2016)	+ 7,4% (∑DRG 149, 303, 481, 541, 569, 520)
223	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Incremento complessità ricoveri chirurgici in regime ordinario	N° ricoveri chirurgici in regime ordinario ad alta complessità (Peso DRG=>2)	N° totale ricoveri chirurgici in regime ordinario	>2016
224	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-19	Proporzione di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi >100 casi annui	Numero di ricoveri per infarto miocardico acuto eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 100 casi annui	Numero totale ricoveri per infarto miocardico acuto	95% inclusi privati accreditati
225	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-19	Proporzione di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero di ricoveri per PTCA eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui	Numero totale ricoveri per PTCA	100%
226	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-19	Proporzione di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero di ricoveri per PTCA primarie in STEMI eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	Numero totale ricoveri per PTCA totali eseguiti in stabilimenti ospedalieri con volumi > 250 casi annui totali	>30%
227	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-19	% di IMA trattati con PTCA entro 2 gg	Numero di ricoveri di IMA con PTCA eseguita entro 2 giorni	Numero totale di ricoveri per IMA	> 30% inclusi privati accreditati
228	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-19	Produzione e invio di reportistica attestante lo stato di avanzamento delle attività inerenti il progetto	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione a cadenza semestrale: entro 31/07/2017 ed entro il 31/01/2018		Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018
229	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-19	Produzione e invio di reportistica attestante lo stato di avanzamento delle attività inerenti ogni singolo progetto	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione a cadenza semestrale: entro 31/07/2017 ed entro il 31/01/2018		Documentazione inviata entro 31/07/2017 e il 31/01/2018
231	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-17	% pazienti con ictus ischemico sottoposti a trombolisi e.v.	N° pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436)) sottoposti a trombolisi e.v. (ICD9-CM 99.10 o 99.20)	N° totale pazienti con ictus ischemico (ICD9-CM (433.X1 e 434.X1) o (436))	>2016
232	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione primaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	>2016
277	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pazienti con centralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	>2016
278	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Efficacia della presa in carico pre-ospedaliera	N° pz con trauma maggiore con cod. NERO o deceduti in PS	N° totale dei pazienti trauma maggiore	< 2016
234	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.4-1	% Accertamenti di morte con criteri neurologici (ME) su decessi per gravi neurolesioni (DACI) nei reparti di Rianimazione	N° accertamenti di morte con criteri neurologici (ME) nei reparti di Rianimazione	N° decessi per lesione cerebrale acuta (DACI) nei reparti di Rianimazione	≥ 25%
235	B ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.4-1	% di donatori di cornee procurati. Consensi ottenuti e procedimenti donazione cornee avviati su decessi totali	N° donatori procurati di cornee (consensi ottenuti e procedimenti donazione cornee avviati)	N° decessi totali (esclusi i procedimenti a cassa aperta)	≥ 5%

%	AREA	N. Obiettiv	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
236	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.4-1	* Opposizioni su accertamenti di morte	N° opposizioni	N° accertamenti di morte	< 5* rispetto a media nazionale
237	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	* prestazioni ad alto rischio di non appropriatezza in DS	Σ prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza in DS	Totale prestazioni in DS e ambulatoriali	< 2,33*
258	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 gg	N° episodi di IMA, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data ricovero indice	N° episodi di IMA	100* Stabilimenti < 12*
259	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia. prine. di scompenso cardiaco in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. prine. di scompenso cardiaco	100* Stabilimenti < 14*
260	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Riparazione aneurisma non rotto aorta addominale: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale	100* Stabilimenti < 3*
261	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Ictus ischemico: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con dia. prine. ictus ischemico in cui il pz. risulti deceduto entro 30 gg da data ricovero	N° ricoveri con dia. prine. ictus ischemico	100* Stabilimenti < 16*
262	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Int. TM mammella: * nuovi int. di resezione entro 120 gg da int. conservativo	N° ricoveri con nuovo int. di resezione entro 120 gg da int. TM mammella	N° ricoveri con nuovo int. di resezione per int. TM mammella	100* Stabilimenti < 18*
263	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Int. TM polmone: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM polmonare	100* Stabilimenti < = 0,5*
264	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Int. TM stomaco: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM gastrico	100* Stabilimenti < = 2016
265	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Int. TM colon: mortalità a 30 gg	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon, in cui il pz. risulta deceduto entro 30 gg da data intervento	N° ricoveri con int. di asportazione TM colon	100* Stabilimenti < 8*
266	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Parto naturale: * complicanze	N° ricoveri per parto naturale con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto naturale	100* Stabilimenti < = 2016
267	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Parto cesareo: * complicanze	N° ricoveri per parto cesareo con almeno una complicanza materna grave nel corso del ricovero o in ricoveri successivi entro 42 gg da data ammissione per parto	N° totale ricoveri per parto cesareo	100* Stabilimenti < = 2016
268	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Frattura tibia e perone: Tempo mediano attesa per int.	T. attesa mediano da ricovero a int. per frattura della tibia e/o della fibula		<=2016 o <=2gg
286	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-18	Potenziamento ricoveri chirurgici e prestazioni ambulatoriali relativi a specifiche attività	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2017) - (N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] anno 2016)	(N° ricoveri chirurgici ortopedici [MDC 8] e prestazioni ambulatoriali ortopediche [Branca 19] per residenti anno 2016)	>2016
287	B. ASSISTENZA OSPEDALIERA E RETI CLINICHE	B.3-17	Produzione di reportistica indicante l'efficacia del percorso	N° pz con decentralizzazione secondaria al CTS	N° totale pazienti trauma maggiore	< 2016

C. LISTE DI ATTESA

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
113	C. LISTE DI ATTESA	C.3-1	Inserimento dell'indicatore relativo al volume delle attività istituzionali e delle attività in libera professione nella scheda di Budget di Centro di Responsabilità			100%
166	C. LISTE DI ATTESA	C.2-13	Completezza della compilazione della ricetta per tipologia di accesso/classe priorità per le prestazioni previste al PNGLA	Numero delle prestazioni richieste con indicazione della tipologia di accesso	N.totale di prestazioni richieste	>90%
52.1	C. LISTE DI ATTESA	C.1-4	Produzione di reportistica attestante la definizione di slot dedicati nelle agende di oncologia/NEURO per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)
52.2	C. LISTE DI ATTESA	C.1-4	Produzione di reportistica attestante la definizione di slot dedicati nelle agende di diabetologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)
52.3	C. LISTE DI ATTESA	C.1-4	Produzione di reportistica attestante la definizione di slot dedicati nelle agende di nefrologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)
52.4	C. LISTE DI ATTESA	C.1-4	Produzione di reportistica attestante la definizione di slot dedicati nelle agende di cardiologia per la presa in carico di pazienti cronici sottoposti a follow up	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione entro la data stabilita	Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)
171	C. LISTE DI ATTESA	C.2-12	Ore di utilizzo giornaliere per la diagnostica strumentale e alcune apparecchiature medicali			Mantenimento almeno 12 ore di utilizzo per la diagnostica strumentale e per alcune apparecchiature medicali
172	C. LISTE DI ATTESA	C.2-10	Numero di case della salute - equipe territoriali attivate per AV presso cui è possibile effettuare le prenotazioni per prime visite ed esami strumentali			Mantenimento di una sede attiva per AV
174	C. LISTE DI ATTESA	C.2-11	Attivazione e inserimento a CUP di agende differenziate (ognuna con almeno 10 disponibilità/settimana) per prima visita/esame con classe di priorità per prestazioni critiche per ogni erogatore del privato accreditato			Attivazione di almeno 10 agende entro 60 giorni a partire dalla data di stipula delle nuove convenzioni
187	C. LISTE DI ATTESA	C.2-14	Produzione reportistica dell'avvenuta attivazione di ambulatori aggiuntivi avviati con il fondo 5% AIFI	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione di almeno 1 agenda differenziata per almeno 5 prestazioni critiche, per Az/AV, sottoposte a monitoraggio PNGLA entro il 31/12/2017		Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)
188	C. LISTE DI ATTESA	C.1-8	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%
189	C. LISTE DI ATTESA	C.1-8	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
190	C. LISTE DI ATTESA	C.1-9	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%
191	C. LISTE DI ATTESA	C.1-9	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
192	C. LISTE DI ATTESA	C.1-10	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità B	Numero totale di prestazioni per classe di priorità B	>90%
193	C. LISTE DI ATTESA	C.1-10	% prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero prestazioni garantite entro i tempi previsti per la classe di priorità D	Numero totale di prestazioni per classe di priorità D	>90%
230	C. LISTE DI ATTESA	B.4-1	Reportistica dell'avvenuta attivazione di agende per la presa in carico di pazienti con patologia oncologica (per le prestazioni da erogare entro i 12 mesi successivi)	Documentazione inviata alla P.F. Assistenza Ospedaliera, Emergenza-Urgenza, Ricerca e Formazione attestante l'avvenuta attivazione delle agende per la presa in carico di TUTTI pazienti con patologia oncologica nel 100% delle strutture eroganti per Az/AV		Documentazione inviata trimestralmente (marzo, giugno, settembre, dicembre 2017)

D. ASSISTENZA TERRITORIALE
. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

%	AREA	N. Obiet	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
138	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2-4	Acquisire stabilmente i dati che garantiscano il monitoraggio dei costi dell'assistenza residenziale e semiresidenziale distinti per tipologia di destinatari e tipologie di prestazioni	Report trimestrali attestanti l'inserimento completo di tutte le prestazioni residenziali e semiresidenziali (con i Codici ORPS) di competenza nell'applicativo di gestione del listino multiplo per		100%
139	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2-5	Formalizzazione e attivazione effettiva delle O.U. Se.s. entro il 30/06/17	Numero U.O. SeS attivate	Numero U.O. SeS previste (13)	100%
161	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.3-1	Attuazione 13 indicatori di cui al punto D) DGR 1/2015	Attuazione indicatori al punto "D"		Relazione sulle attività avviate per contribuire al consolidamento del punto "D" entro il 31/01/2018
162	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.3-2	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2017	n. sedi, n. ore, n. giorni di apertura ambulatori STP/ENI per A.V. rilevate nell'anno 2016	>= Valore 2016
163	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.3-3	Dispositivo della Mediazione Interculturale secondo linee guida regionali Circolare Sanità 21/120 Prot. 570/ARS/P e normative di riferimento per AAVV/AAOO	n. servizi di mediazione interculturale attivati per AV/AO		Relazione sull'utilizzo/avvio del Dispositivo entro il 31/01/2018
203	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2-15	definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei setting R2D ed R3.1 di cui alla dgr 1331/2014	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale		valutazione e costante monitoraggio di tutti i pazienti afferenti ai livelli assitenziali codificati come R2D e R3.1 dei cui alla DGR 1331/2014
204	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2-16	definizione dei criteri di inclusione/esclusione nei setting SRD ed SR di cui alla dgr 1331/2014	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale		valutazione e costante monitoraggio di tutti i pazienti afferenti ai livelli assitenziali codificati come SRD e SR dei cui alla DGR 1331/2014
206	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.1-3	Registrazione nell'apposito Sistema Informativo di tutti gli internati della REMS provvisoria	Documentazione inviata alla PF Assistenza territoriale		Presa in carico informatizzata da parte dei DSM di competenza di tutti gli internati nella REMS provvisoria
213	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.3-4	Indicatori di cui ai punti d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015	Attività di cui d), art. 5 e allegato D) DGR 857/2015 realizzate per AAVV		Relazione su stato attuazione d), art. 5 e allegato D) entro il 31/01/2018
238	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2.17	Atti di convenzionamento	Trasmissione completa dei convenzionamenti attivati dall'ASUR per l'anno 2017 divisi per tipologia di struttura di cui alla DGR 1331/2014		100% delle convenzioni
240	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.3.1	Attivazione ambulatori per disturbi comportamento alimentare	Numero di ambulatori attivati		100% ambulatori previsti da DGR 1540/2016
288	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2-5	Adesione al percorso di monitoraggio periodico dell'applicazione delle DD.GG.RR. 110/15 e 111/15 secondo la tempistica concordata nel Gruppo regionale di cui ai Decreti 31/SAN 2016 e 62/SAN 2016	Per ogni periodo monitorato: Numero Questionari correttamente compilati pervenuti	Numero Questionari previsti (13)	100%
293	E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA	E.2-6	Individuazione strutture residenziali di cui al secondo step della DGR 1013/14, esclusa la residenzialità per minori e giovani della salute mentale, così come specificato dalla lettera ASUR prot. 3301 del 30/1/17 e attivazione delle convenzioni collegate	Report entro 31/12/2017		100%
294	E INTEGRAZIONE SOCIO-	E.2-6	Attivazione di 5 Case della Salute (una per Area Vasta)	Report entro 31/12/2017		100%

F. SPESA FARMACEUTICA

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
91.1	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-3	% DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata a brevetto scaduto	DDD farmaci classe A in farmaceutica convenzionata	≥ 2,5% rispetto al 2016
91.2	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-4	Statine: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta statine (ACT4 C10AA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 9
91.3	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-4	Sostanze modificatrici dei lipidi: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sostanze modificatrici dei lipidi (ATC5 C10BA02 + C10AX09)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 3
91.4	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-4	Inibitori di pompa acida: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 10
91.5	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-4	Inibitori di pompa acida: % Pazienti trattati rispetto ai residenti	Pazienti residenti con prescrizioni di farmaci inibitori di pompa acida (ATC4 A02BC)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 17%
91.6	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-4	% DDD Sartani associati e non su totale DDD sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina	DDD Sartani associati e non (ATC4 C09CA + C09DA)	DDD sostanze ad azione sul sistema renina-angiotensina (ATC2 C09)	≤ 40%
91.7	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-4	Sartani non associati: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sartani non associati (ATC4 C09CA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 5
91.8	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-4	Sartani associati: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta sartani associati (ATC4 C09DA)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 6
91.9	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-4	Adrenergici respiratori: Spesa netta pro-capite pesata	Spesa netta adrenergici respiratori (ATC4 R03AK)	Popolazione ISTAT residente al 1° gennaio anno riferimento pesata	≤ 6
92	F. SPESA FARMACEUTICA	F.1-6	% Controlli a campione sulle schede di dimissione per verificare la prescrizione della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti (percentuale massima 20%)	Controlli a campione effetuati su cartelle cliniche per verifica della presenza nel PTO di AV dei farmaci prescritti	Totale cartelle cliniche	≥ 3%
95	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-7	Incremento del 10% dell'utilizzo dei farmaci biosimilari rispetto all'anno 2013	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica	Incremento 10%
96	F. SPESA FARMACEUTICA	F.2-1	Produzione di documentazione attestante: a. la compilazone da parte dei centri prescrittori di una scheda di monitoraggio / piano terapeutico; b. la catalogazione da parte dei servizi farmaceutici delle schede di monitoraggio / piani terapeutici; c. l'erogazione del farmaco esclusivamente in presenza della scheda di monitoraggio / piano terapeutico.	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	SI / NO

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
97	F SPESA FARMACEUTICA	F.2-5	Produzione di documentazione attestante il monitoraggio trimestrale dei consumi dei farmaci ad alto costo e l'elaborazione di possibili interventi correttivi nel caso di rilevamento di scostamenti anomali nei consumi	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	Relazione inviata alla Direzione Generale ASUR	SI / NO
99	F SPESA FARMACEUTICA	F.1-3	Produzione di documentazione attestante il completamento delle centralizzazioni dei laboratori di allestimento delle terapie oncologiche	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Documentazione attestante la centralizzazione
100.1	F SPESA FARMACEUTICA	F.2-6	Variazione % DDD farmaci in distribuzione diretta rispetto al 2016	(DDD in distribuzione diretta anno 2017 - DDD in distribuzione diretta anno 2016)	DDD in distribuzione diretta anno 2016	≥ 2% rispetto al 2016
100.2	F SPESA FARMACEUTICA	F.2-6	Produzione di documentazione attestante: a. la realizzazione di incontri con i medici delle UU.OO. per la definizione dei principi attivi (specialmente a brevetto scaduto) erogabili e dei coretti percorsi assistenziali; b. l'incentivazione delle collaborazioni tra medici delle UU.OO. e farmacisti; c. la realizzazione di una programmazione delle dimissioni e delle visite specialistiche per l'ottimizzazione degli accessi degli utenti alle farmacie; d. la predisposizione di un prontuario delle case di riposo al quale i medici prescrittori dovranno attenersi; e. l'implementazione delle risorse umane per il corretto adempimento delle attività sovracitate.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
102	F SPESA FARMACEUTICA	F.1-4	Produzione di documentazione attestante la costituzione di una commissione dei DM finalizzata: a. alla gestione ed omogeneizzazione dei singoli repertori dei DM; b. alla valutazione tramite criteri di costo-efficacia dei nuovi DM da inserire nella pratica clinica e in repertorio; c. al monitoraggio di spesa e consumi dei DM; d. al confronto dei dati sui DM tra strutture di analoga complessità; e. alla promozione della vigilanza sui DM.	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione inviata alla P.F. Assistenza Farmaceutica entro la data stabilita attestante lo svolgimento delle azioni previste nell'indicatore	Relazione
208	F SPESA FARMACEUTICA	F.2-8	Variazione % DDD farmaci antibiotici	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2017) - (N° DDD (ATC2 J01) anno 2016)	(N° DDD (ATC2 J01) anno 2016)	< al 2% rispetto al 2016
243	F SPESA FARMACEUTICA	F.2-3	Incidenza % spesa farmaceutica convenzionata su FSR	Spesa farmaceutica convenzionata al netto di sconti, ticket e payback	Fondo Sanitario Regionale	≤ 7,96% (riduzione di spesa netta "distinte contabili" prevista pari a € 12 milioni rispetto al 2016)
244	F SPESA FARMACEUTICA	F.1-5	Andamento spesa farmaceutica ospedaliera "pura" in relazione alla produzione erogata nell'anno 2017	Spesa farmaceutica ospedaliera "pura" anno 2017 (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale degli stabilimenti		< rispetto al 2016
279	F SPESA FARMACEUTICA	F.2-9	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione diretta	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	>=90%

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
280	F SPESA FARMACEUTICA	F.2-9	% copertura delle trasmissioni con targatura in distribuzione per conto	N° trasmissioni con targatura	Totale trasmissioni	>=99%
245	F SPESA FARMACEUTICA	F.2-10	% DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto a brevetto scaduto	N° DDD farmaci classe A in distribuzione diretta e per conto	≥ 2,5% rispetto al 2016
246	F SPESA FARMACEUTICA	F.1-7	% Segnalazioni di ADR rispetto al 2016	(N° segnalazioni ADR anno 2017 - N° segnalazioni ADR anno 2016)	N° segnalazioni ADR anno 2016	> 10% rispetto al 2016
247	F SPESA FARMACEUTICA	F.1-8	% compilazione registri AIFA per farmaci sottoposti a registri AIFA	N° registri AIFA compilati	N° farmaci dispensati sottoposti a registri AIFA	100%
289	F SPESA FARMACEUTICA	F.3.1	Δ% Spesa annuale per dispositivi medici (BA0220 + BA0230 + BA0240) in relazione alla produzione erogata nell'anno 2017	(Spesa BA0220 + BA0230 + BA0240 anno 2017) / (Totale produzione ospedaliera e specialistica ambulatoriale anno 2017)		≤ 3% rispetto al 2016

G. FLUSSI INFORMATIVI

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
73	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Assistenza domiciliare: Numero % di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero di prese in carico (con data di dimissione nell'anno) con un numero di accessi superiore a 1	Numero totale di prese in carico (con data di dimissione nell'anno)	>= 80%
74	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Assistenza domiciliare: Valutazione della coerenza dei dati totali di presa in carico tra il flusso SIAD ed il Modello FLS21-Quadro H	Numero prese in carico attivate presenti nel flusso SIAD	Numero prese in carico nel Modello FLS21	Valore compreso tra 80 e 120
75	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Dipendenze - Indicatore di qualità: Numero % di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero di record con codice sostanza d'uso valorizzata secondo i valori di dominio previsti dalle specifiche funzionali in vigore	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
76	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Dipendenze - Indicatore di coerenza: Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) nel 2017 rispetto al 2016	Numero di assistiti presso i Servizi per le Tossidipendenze (SerT) 2017	Numero di assistiti presso i Serviza per le Tossidipendenze (SerT) 2016	>= 90%
77	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Salute mentale - Contatti: Numero % di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero di record con diagnosi di apertura valorizzata secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie-modificazioni cliniche (versione italiana 2002 ICD-9 CM e successive modifiche)	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
78	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Salute mentale: Valutazione della coerenza del numero di assistiti rilevati con il flusso SISM e con il Modello STS24	Numero record validi presenti nel tracciato Anagrafica che rispettano la condizione di integrità referenziale dei tracciati di attività territoriale (contatti e prestazioni)	Numero totale record validi presenti nel tracciato Anagrafica	>=80%
79	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Emergenza urgenza - PS: Numero % di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero di record con ASL e Comune di residenza correttamente valorizzati	Numero totale di record inviati	Valore compreso tra 90 e 100
80	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Emergenza urgenza - PS: Valutazione della coerenza del numero di accessi calcolati con il flusso EMUR e con il Modello HSP24	Numero di accessi calcolati con EMUR	Numero di accessi calcolati con HSP24	Valore compreso tra 90 e 110
81	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Emergenza urgenza - CO 118: Numero % di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero di record campi data-ora valorizzati correttamente	Numero totale di record campi data-ora	Valore compreso tra 90 e 100
82	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Emergenza urgenza - CO 118: Valutazione della coerenza dei dati relativi al numero di interventi del servizio 118 dell'anno 2017 rispetto al 2016	Numero di interventi del servizio 118 anno 2017	Numero di interventi del servizio 118 anno 2016	>= 90%
83	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Assistenza residenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24	Numero di ammissioni attive con FAR	Numero di utenti rilevati con modello STS24 Quadro G	Valore compreso tra 80 e 120
84	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Assistenza semiresidenziale: Numero di ammissioni attive con FAR / Numero di utenti rilevati con modello STS24	Numero di ammissioni attive con FAR	Numero di utenti rilevati con modello STS24 Quadro F	Valore compreso tra 80 e 120

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
85	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Hospice: valutazione della completezza del flusso Hospice: disponibilità dei dati di ogni struttura per tutti i trimestri	Numero di strutture che inviano i dati del flusso Hospice ogni trimestre	Numero di strutture presenti nel Modello STS11	100%
87	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-4	Assistenza farmaceutica - Distribuzione diretta e Consumi ospedalieri dei farmaci: Incidenza del costo dai Flussi medicinali rispetto al costo rilevato nei Modelli CE	Valore della spesa rilevata dai Flussi Medicinali per distribuzione diretta e consumi ospedalieri (al netto dei vaccini)	Totale costi rilevati dal Modello di conto economico per le voci corrispondenti	>= 95%
88	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-2	Consumi dispositivi medici: Valore percentuale della spesa rilevata dal Flusso consumi rispetto ai costi rilevati dal Modello di conto economico	Valore della spesa rilevata dal Flusso consumi	Costi rilevati dal Modello di conto economico	Delta anno precedente >= 30% In alternativa >= 65%
71	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-1	Rispetto dei tempi per l'alimentazione del flusso NSIS grandi apparecchiature	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014 (e successive integrazioni) censite nel nell'inventario nazionale grandi apparecchiature nei tempi previsti dall'art.3, comma 4 del suddetto DM	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014 (e successive integrazioni) collaudate nell'anno 2017	100%
130	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-5	% di dati di spesa sanitaria trasmessi al MEF	Numero dati di spesa sanitaria anno 2017 trasmessi al MEF	Numero totale dati di spesa sanitaria anno 2017	100%
131	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-3	Trasmissione dati di anatomia patologica necessari per Registro Tumori Regionae (anno precedente anno di riferimento)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale (anno precedente anno di riferimento)	Dati di anatomia patologica necessari trasmessi al Registro Tumori Regionale presenti negli archivi aziendali (anno precedente anno di riferimento)	100%
209	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-6	% strutture di ricovero private accreditate che hanno inviato Tab. 1C.bis su totale strutture private accreditate	Num strutture private accreditate che hanno inviato Tab. 1C.bis	Num. Totale strutture private accreditate	100%
210	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-3	Registrazione schede cause di morte anno 2015	Numero schede cause di morte registrate anno 2015	Numero totale schede cause di morte anno 2015	100%
211	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-7	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Ritardo medio di pagamento delle fatture di beni e servizi rilevato trimestralmente		<= 0
212	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-8	% fatture movimentate	N.ro fatture movimentate in Piattaforma	N.ro complessivo fatture	70%
217	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-9	Compilazione e trasmissione Flusso FAR per tutti i servizi attivati negli Ospedali di Comunità	Numero servizi attivi negli Ospedali di Comunità presenti nei record validi inviati nell'Anno 2017	Numero totale servizi attivi negli Ospedali di Comunità nell'Anno 2017	100%
218	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-9	Flusso RUG-FAR	Valutazione di tutti i pazienti con i sistema RUG III/FAR		100%
219	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-1	Numero apparecchiature sanitarie in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2017 pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014, nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2017, pubblicate in NSIS	Numero apparecchiature sanitarie ricomprese nell'allegato 1 del DM 22.4.2014, nonché angiografi e mammografi, in uso presso le strutture pubbliche e private al 31.12.2017	100%
220	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-10	% Variazione spesa per correzione flussi già inviati nei trimestri precedenti	(Spesa originariamente comunicata nei flussi trimestrali) - (Spesa rilevata nei flussi trimestrali già inviati a seguito di correzioni successive)	Spesa originariamente comunicata nei flussi trimestrali	< 1,5% sul 1° trimestre; < 1% sul 1° semestre; < 0,5% sui primi 9 mesi

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
281	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-11	°o Missioni con codice "tipologia mezzo di soccorso" = 1, 2, 3, 4, 6, 7, 14 rispetto al totale	∑ Missioni con codice "tipologia mezzo di soccorso" = 1, 2, 3, 4, 6, 7, 14	∑ Missioni con tutti i codici "tipologia mezzo di soccorso"	≥ 95°o
282	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-12	Normalizzazione Anagrafica AREAS Dispositivi Medici entro il 31/10/2017	Produzione di reportistica entro la data stabilita attestante le attività poste in essere ai fini della normalizzazione dell'anagrafica AREAS dispositivi medici entro il 31/10/2017		Documentazione inviata entro il 31/12/2017
283	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-13	Tempestiva comunicazione delle motivazioni relative agli scostamenti percentuali mensili anomali rispetto all'anno precedente nel flusso della specialistica ambulatoriale	Tempestiva comunicazione alla P.F. Sistema di governo del Servizio sanitario delle motivazioni relative agli scostamenti percentuali di competenza mensile, rispetto all'anno precedente, superiori alla soglia target, relativamente alle prestazioni erogate ai cittadini esenti		± 10°o per ogni mese su ciascun distretto (A partire da Febbraio)
291	G. FLUSSI INFORMATIVI	G.1-14	°o Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice	N° Ricette dematerializzate trasmesse a SOGEI che non risultano essere state prese in carico dalla struttura erogatrice (Errore 5315)		100°o

H. AREA AMMINISTRATIVA TECNICO-LOGISTICA

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
112.1	H. ATL	H.3-1	Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina			Assegnazione del Budget ai CDR e adozione determina
112.2	H. ATL	H.3-1	Ribaltamento ai Responsabili di CDR degli obiettivi economici e sanitari della Direzione di AAVV			Ribaltamento di almeno il 90°o degli indicatori
114.1	H. ATL	H.3-6	I Servizi assicurativi – Contenzioso – Segreteria hanno l'obiettivo di garantire la puntuale applicazione della procedura di gestione diretta sinistri approvata con Determina n. 749 del 28/10/2015, secondo quanto stabilito dettagliatamente negli allegati ivi acclusi			Almeno l'80°o delle istruttorie pervenute al tavolo Tecnico Centrale nell'anno 2017 conformi alla procedura ex Determina n. 749/2015
114.2	H. ATL	H.3-7	Equilibrio economico finanziario mensile e annuale attraverso programmazione pagamenti per area vasta	5 AAVV conformi		12 reports
114.2	H. ATL	H.3-7	Certificazione dei crediti attraverso la verifica estratti conto ricevuti dal Responsabile Contabilità Aziendale	Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione		Rispetto della scadenza indicata nella richiesta dei dati oggetto della certificazione
114.2	H. ATL	H.3-7	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Bilancio
114.2	H. ATL	H.3-7	Rispetto scadenza chiusura Bilancio	Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio stabilite dalla Direzione ASUR		Rispetto dei tempi e delle procedure di chiusura del Bilancio stabilite dalla Direzione ASUR
114.3	H. ATL	H.3-9	5) Gestione reclami			100°o dei reclami evasi entro 30 gg dal ricevimento
114.4	H. ATL	H.3-12	Correttezza negli adempimenti aziendali richiesti dalla Direzione Generale (Cud, Conto Annuale, Modello 770, Denuncia Disabili, Atti di determinazione dei fondi contrattuali, Chiusura Stipendi)			Adozione degli atti e invio delle risposte nei tempi indicati dalla Direzione e/o dalla normativa vigente
114.4	H. ATL	H.3-12	Partecipazioni alle riunioni dal parte dei dirigenti convocati e applicazione delle indicazioni operative decise in coordinamento			Presenza ad almeno il 90°o delle riunioni

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
114.5	H. ATL	H.3-11	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Patrimonio
114.5	H. ATL	H.3-11	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114.6	H. ATL	H.3-8	Produzione di Reportistica almeno bimestrale ai CDR sul grado di raggiungimento degli obiettivi assegnato			Almeno 3 report ai CDR sul grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari
114.6	H. ATL	H.3-2	Implementazione del sistema di valutazione del personale dell'AV5 nelle AV 1-2-3-4			100%
114.7	H. ATL	H.3-13	Programma acquisizione tecnologie sanitarie secondo la DGRM n. 986/2014, in collaborazione con l'Area Ingegneria clinica			100%
114.7	H. ATL	H.3-13	Adempimenti in relazione al nordino della disciplina sugli obblighi di pubblicità e trasparenza: inserimento informazione procedura Areas nei tempi previsti			100%
114.7	H. ATL	H.3-13	Supporto Centralizzazione acquisti (Gare SUAM): le Aziende SSR e INRCA debbono trasmettere la documentazione di competenza per acquisti relativi a procedure di gara SUAM nelle modalità e			100% richieste assolte
114.7	H. ATL	H.3-13	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza del Provveditorato
114.7	H. ATL	H.3-13	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114.8	H. ATL	H.3-10	Assicurare il feed back con la Direzione Amministrativa garantendo l'applicazione delle indicazioni e disposizioni ricevute.			Applicazione del 100% delle indicazioni e disposizione ricevute
114.8	H. ATL	H.3-10	Supporto all'avvio della ricetta dematerializzata			Relazione inviata alla Direzione Amministrativa sull'avvenuto avvio della ricetta dematerializzata
114.8	H. ATL	H.3-10	Risoluzione delle criticità riscontrate sulle ricette in esenzione, relativamente ai soggetti non esenti			100%
114.8	H. ATL	H.3-10	Controlli delle autocertificazioni: conclusione dell'anno 2015			100%
114.8	H. ATL	H.3-4	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Territoriale
114.8	H. ATL	H.3-4	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114.9	H. ATL	H.3-11	Assicurare il feed back con la Direzione Amministrativa garantendo la partecipazione agli incontri finalizzati all'ottimizzazione /revisione /predisposizione delle procedure operative di afferenza delle Strutture			Presenza ad almeno il 90% delle riunioni
114.9	H. ATL	H.3-11	Attivazione delle procedure di recupero crediti			Fatto/non fatto
114.9	H. ATL	H.3-11	Revisione delle procedure di controllo e liquidazione delle fatture di servizio dei trasporti in emergenza, prevalentemente sanitari e non prevalentemente sanitari			Applicazione del 100% delle procedure di controllo e liquidazione da parte della CCT
114.9	H. ATL	H.3-3	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Direzione Amministrativa Ospedaliera
114.9	H. ATL	H.3-3	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
114.11	H. ATL	H.3-10	Recepimento delle indicazioni e delle linee guida predisposte nella gestione dei processi di acquisizione e manutenzione delle tecnologie biomediche			Almeno il 70% dei processi di acquisizione e manutenzione conformi alle linee guida asur
114.12	H. ATL	H.3-4	Rispetto tempi di pagamento/liquidazione previsti dalla Det. 639/2013			Rispetto tempi previsti dalla Determina 639/2013 relativamente alle attività di competenza della Farmacia
114.12	H. ATL	H.3-4	Applicazione delle disposizioni contenute nella Legge 125/2015 in merito alla Razionalizzazione della spesa per Beni e Servizi (art. 9 ter lett. a)			Applicazione delle disposizioni sulla razionalizzazione della spesa per beni e servizi al 100% dei contratti stipulati nel 2017
114.13	H. ATL	H.3-4	1) Invio questionario ANAC per la predisposizione della Relazione annuale sull'attività di prevenzione della Corruzione			Questionario compilato e inviato nei termini stabiliti dal RPC
114.13	H. ATL	H.3-4	2) Verifica dello stato dell'arte della pubblicazione dei dati di competenza sul sito "Amministrazione Trasparente"			Almeno 2 report di verifica entro il 31/01/2017
114.13	H. ATL	H.3-4	3) Adempiere agli obblighi di pubblicazione previsti nella griglia di cui al P.T.T.I. di competenza dell'AV			Almeno il 95% degli adempimenti di competenza dell'AV previsti nella griglia
114.13	H. ATL	H.3-4	4) Aggiornamento della mappatura dei rischi del P.T.P.C 2016 per l'anno 2017			Predisposizione mappatura aggiornata entro il 31/12/2017
151	H. ATL	H.1-1	% Valore investimenti attuati rispetto alle risorse autorizzate	Valore economico (IVA compresa) della spesa effettuata	Valore economico budget autorizzato	100%
152	H. ATL	H.2-2	Cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE	Numero cittadini che hanno rilasciato consenso per FSE		≥ 100 cittadini per AV
153	H. ATL	H.2-2	% di referti laboratorio presenti nell'FSE	Numero referti laboratorio in FSE		≥ 100 referti per almeno 3 AV
114.1	H. ATL	H.2-3	Attivazione del servizio di pagamento delle prestazioni sanitarie attraverso la piattaforma regionale Mpay	Valore assoluto pagamenti online	Totale pagamenti	Attivazione del servizio
155	H. ATL	H.2-4	Codifica unica catalogo Regionale RIS normalizzato	Numero identità 1-1 tra catalogo Regionale RIS normalizzato e catalogo RIS aziendale	Numero voci catalogo Regionale RIS normalizzato	100%
157	H. ATL	H.2-6	% ricette dematerializzate di specialistica ambulatoriale	N. ricette dematerializzate	N. ricette totali	>=90%
175	H. ATL	H.2-6	Numero di prescrizioni e numero di prenotazioni dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	Valore assoluto prescrizioni, prenotazioni e specialistiche dematerializzate per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	totale delle prescrizioni specialistice e prenotazioni per le aree oncologia, nefrologia, diabetologia, cardiologia	100%
114.1	H. ATL	H.2-8	Qualità ed affidabilità del processo di codifica delle anagrafiche prodotti, beni, servizi e fornitori	Numero prodotti nuovi codificati correttamente tramite sistema Workflow	Numero richieste complessive annuali	42% richieste evase
248	H. ATL	H.2-2	Codifica unica catalogo Regionale RIS normalizzato	Numero identità 1-1 tra catalogo Regionale RIS normalizzato e catalogo RIS aziendale	Numero voci catalogo Regionale RIS normalizzato	100%
249	H. ATL	H.2-2	Alimentazione FSE con referti prodotti da sistemi informativi clinici/specialistici	Numero nuovi sistemi informativi clinici/specialistici collaudati nell'anno 2017 funzionalmente integrati con	Numero sistemi informativi clinici/specialistici collaudati nell'anno 2017	100%

%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
250	II. ATL	II.2-2	Qualità delle informazioni inserite negli MPI di ciascuna Azienda in relazione alle codifiche regionali	Numero anagrafiche non certificate in MPI	Numero anagrafiche totali in MPI	<5%
114.2	II. ATL	II.3-8	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1576/2016	Attuazione azioni programmate dal PAC di cui alla DGR 1576/2016 secondo i termini previsti		Rispetto dei termini previsti nel cronoprogramma
114.6	II. ATL	II.3-7	Attivazione della rilevazione e della rendicontazione separata dei costi sostenuti per gli eventi sismici	Relazione trimestrale sulla rilevazione e rendicontazione separata dei costi sostenuti per gli eventi sismici		Predisposizione relazione trimestrale
292	II. ATL	II.1-2	Predisposizione progetti individuati per l'attuazione del Programma di adeguamento delle strutture sanitarie alle norme antincendio	Progetti predisposti per l'attuazione del Programma di adeguamento alle norme antincendio		100% entro 30/04/2017 AV2 (Presidio Senigallia) e AV3 (Presidio Macerata)

I. RISORSE UMANE

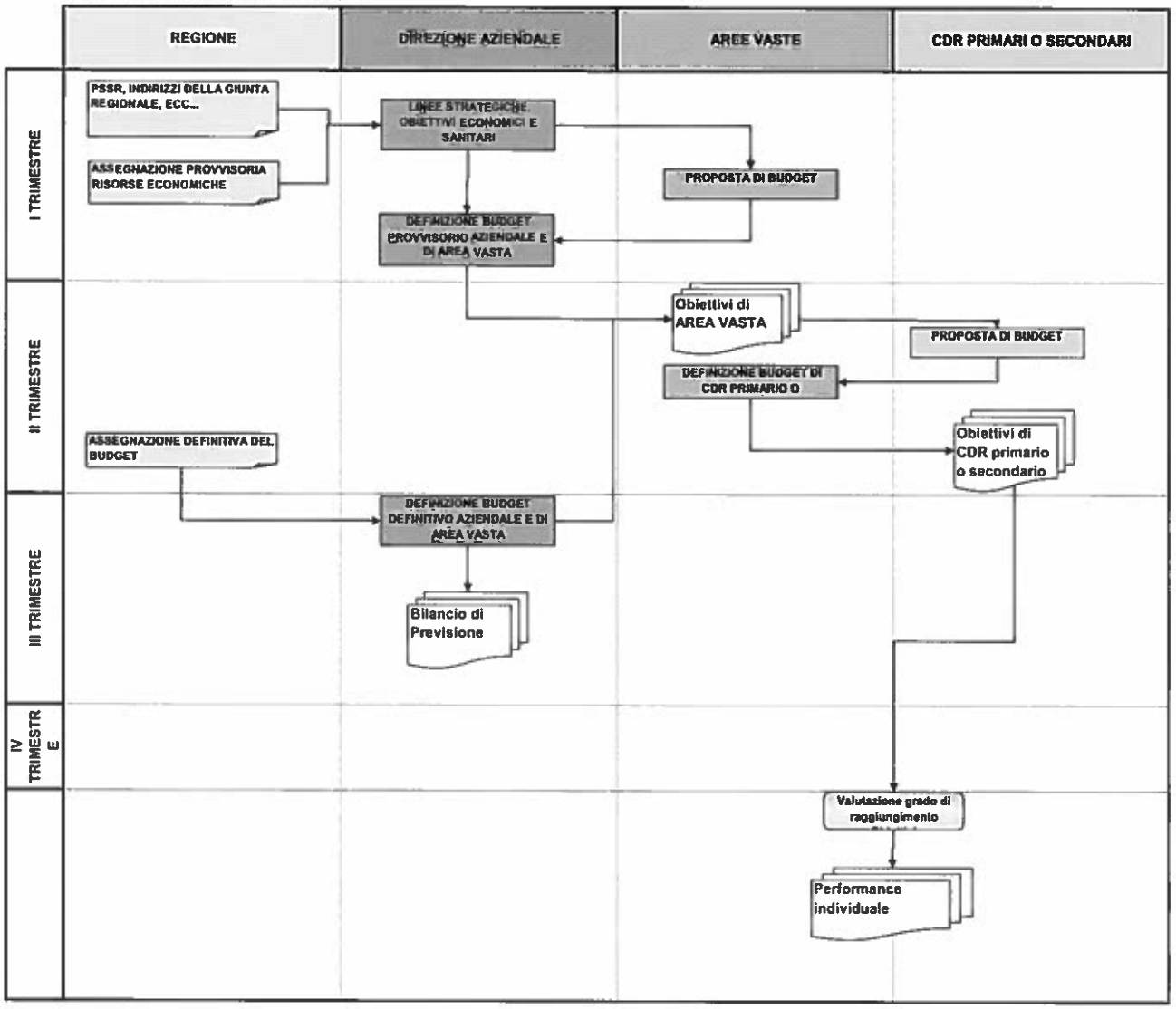
%	AREA	N. Obiettivo	Descrizione Indicatore	Descrizione Numeratore	Descrizione Denominatore	Asur Valore atteso 2017
251	I. RISORSE UMANE	1	Riduzione scostamento Strutture Complesse Ospedaliere previste rispetto a standard Comitato LEA	N° Strutture Complesse Ospedaliere previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) (Al 31/12/2017)		< 2016
252	I. RISORSE UMANE	1	Riduzione scostamento SOS 2016 rispetto standard comitato LEA	N° Strutture Semplici previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) (Al 31/12/2017)		< 2016
253	I. RISORSE UMANE	3	Attuazione piano assunzioni	Documentazione inviata alla P.F. Risorse Umane attestante l'avvenuta attuazione del piano assunzioni entro la data stabilita		Documentazione inviata entro il 31/01/2018
254	I. RISORSE UMANE	4	% Turnover	N° Assunzioni	N° Cessazioni	≥ 100%
255	I. RISORSE UMANE	5	Rapporto tra unità equivalenti a tempo determinato ed unità equivalenti a tempo indeterminato	Unità equivalenti a TD	Unità equivalenti a TI	< 2016
256	I. RISORSE UMANE	6	Continuità assistenziale: adozione piani emergenza/urgenza	Documentazione inviata alla P.F. Risorse Umane attestante l'avvenuta adozione dei piani emergenza/urgenza entro la data stabilita		Documentazione inviata entro il 31/01/2018
290	I. RISORSE UMANE	1	Riduzione scostamento Strutture Complesse Territoriali previste rispetto a standard Comitato LEA	N° Strutture Complesse Territoriali previste (comprese strutture universitarie e di ricerca) (Al 31/12/2017)		< 2016

E) Il ciclo della performance

Di seguito è riportato lo schema del ciclo delle performance aziendale di cui al D.Lgs. 150/2009 (art. 4).

Il ciclo della performance dell'ASUR, ispirato al circuito sopra riportato, è rappresentato nel grafico seguente, che evidenzia fasi e attori del processo.

Ciclo della Performance dell'ASUR



In particolare, l'attività di programmazione strategica aziendale è avviata con la definizione delle risorse a disposizione per l'Azienda, così come stabilite dalla Giunta Regionale nella delibera di approvazione dell'esercizio provvisorio per l'anno di riferimento, nonché con l'analisi del contesto di riferimento in termini di vincoli esterni derivanti da disposizioni vigenti a livello nazionale e regionale.

Sulla base di tali elementi, la Direzione Aziendale stabilisce le linee strategiche aziendali da perseguire nell'anno di riferimento, tenuto conto degli obiettivi strategici contenuti nel Piano Sanitario vigente nonché degli obiettivi sanitari assegnati all'Azienda dalla Regione (riferiti all'anno precedente se ancora non adottati per l'anno in corso).

Sulla base di tale quadro programmatorio, in attesa della definizione del Budget definitivo da parte della Regione, la Direzione Aziendale assegna un tetto di spesa provvisorio alle Aree Vaste, riservando una quota per la Direzione centrale ed i costi comuni aziendali.

In seguito alla negoziazione delle proposte di Budget formulate dai Direttori di Area Vasta, la Direzione Aziendale definisce gli obiettivi sanitari da perseguire nell'anno di riferimento per ciascuna articolazione territoriale, in coerenza con le risorse disponibili, rivedendo se necessario l'iniziale ripartizione di risorse tra le Aree Vaste.

Nella stessa logica di ripartizione a cascata, i Direttori di Area Vasta definiscono un piano di attività annuale di Area e negoziano le schede di budget con i CDR primari (Direttori di Dipartimento, i

Responsabili dell'Area ATL, i Direttori di Presidio Ospedaliero ed i Direttori di Distretto). I Centri di responsabilità primari negoziano le schede di budget con le UU.OO. di competenza (CDR secondari). Le schede di budget sono formulate sulla base dello schema riportato all'Allegato 1.

Nel momento in cui la Regione procede all'assegnazione definitiva del Budget alle Aziende del SSR, la Direzione Aziendale assegna il Budget definitivo alle Aree Vaste sulla base delle risorse disponibili e degli eventuali scostamenti registrati rispetto al budget provvisorio dalle singole Aree Vaste.

Il Budget di attività e costi assegnato a ciascuna Area Vasta e, all'interno dell'Area Vasta, a ciascun CDR primario e secondario, è oggetto di monitoraggio periodico (almeno trimestrale); i Direttori di Area Vasta e Responsabili di CDR correlano i report ricevuti dal Controllo di Gestione con le considerazioni ritenute utili per un'esatta comprensione dei risultati raggiunti nel periodo di riferimento e nel caso in cui si rilevino scostamenti negativi, forniscono un'analisi dettagliata delle cause degli stessi, indicando gli opportuni interventi correttivi che si propongono per eliminare le non conformità rilevate.

A fine anno, appena disponibili i dati di chiusura del Bilancio di esercizio e di attività, si valuta il grado di raggiungimento degli obiettivi economici e sanitari delle Direzioni di Area Vasta e dei CDR primari e secondari.

Al fine di effettuare la valutazione individuale dei Dirigenti, gli obiettivi concordati con la Direzione sono assegnati ai singoli dirigenti. Il criterio di assegnazione degli obiettivi tiene conto della posizione organizzativa ricoperta dal Dirigente, in quanto vi deve essere coerenza fra obiettivo e funzione.

Definita l´assegnazione ad ogni dirigente degli obiettivi di BDG lo stesso sarà valutato sul grado di realizzazione degli obiettivi assegnati e sulle proprie performance individuali. Il sistema di valutazione, descritto nel paragrafo che segue, genera delle concrete ricadute sia sul salario di risultato sia sulla valutazione professionale per lo sviluppo della carriera.

F) Il sistema di valutazione e misurazione della performance

1 - La finalità

L'Asur ha adottato sistemi di valutazione ispirati ai principi del D.Lgs. 150/2009, in linea con le indicazioni regionali, applicati sia al personale della dirigenza che a quello del comparto.

La valorizzazione dei risultati e, quindi, della performance organizzativa e individuale consente di aumentare lo standard qualitativo ed economico delle prestazioni erogate sviluppando i comportamenti organizzativi in un'ottica di continuo miglioramento dei servizi verso i cittadini/utenti. Secondo questo paradigma, è quindi necessario valutare, incoraggiare e valorizzare i comportamenti individuali intesi come elementi qualificanti la prestazione.

L'attuale sistema di valutazione si ispira ad alcuni principi fondamentali:

- miglioramento della qualità dei servizi,
- crescita delle competenze professionali,
- trasparenza dell'azione amministrativa.

Il presente documento intende rappresentare delle linee guida sul sistema di valutazione e di misurazione della performance individuale, attualmente in essere nell'azienda, evidenziando contestualmente le possibilità di modifica e di miglioramento volti anche ad aumentare il grado di omogeneità del sistema di valutazione nell'ambito delle Aree Vaste.

In applicazione della legge regionale vigente, infatti, l'Area Vasta è unità amministrativa autonoma e i contratti decentrati integrativi sottoscritti a livello di Area Vasta sono definitivi. Il Direttore di Area Vasta provvede alla negoziazione con le organizzazioni sindacali, sulla base degli indirizzi aziendali riportati di seguito. Si precisa che il presente sistema non riguarda la valutazione professionale.

2 – Il processo di valutazione

Sul fronte procedurale, il percorso di valutazione è il seguente:

- Assegnazione di obiettivi, opportunamente comunicati al valutato, e riportati sulla scheda individuale di valutazione;
- Continuità del processo valutativo attraverso monitoraggi in corso d'anno degli obiettivi assegnati anche al fine di eventuali rimodulazioni degli stessi che si rendessero necessarie;
- Valutazione finale del dipendente sul raggiungimento degli obiettivi e sugli item di tipo organizzativo e comportamentale, diversificati, sia in termini di peso che di tipologia, a seconda del profilo professionale di appartenenza;
- Possibilità di contraddittorio tra valutatore e valutato, anche in sede di valutazione finale;
- Previsione di procedure di conciliazione interne in caso di contestazioni delle valutazioni ricevute da parte dei valutati.

Lo scopo principale del sistema di valutazione è quello di:

- collegare l'erogazione degli incentivi economici ai risultati ottenuti e al raggiungimento degli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione aziendale;
- mettere in evidenza l'apporto individuale del personale valutato rispetto agli obiettivi assegnati;
- promuovere l'integrazione tra le diverse strutture aziendali, con la previsione di obiettivi trasversali.
- favorire la crescita professionale attraverso interventi formativi mirati e rivolti alle aree di maggior interesse.

Per garantire la massima trasparenza e, allo stesso tempo, favorire la responsabilizzazione degli operatori circa le attività da svolgere si intende valorizzare l'importanza dello strumento della conferenza di organizzazione quale momento di incontro e confronto tra valutatore e valutato. Per il valutato si tratta di un'opportunità per discutere del proprio lavoro, della propria crescita professionale e di eventuali attività future. Per il valutatore, invece, tale confronto è utile soprattutto in ottica di futuri sviluppi organizzativi. Di tali incontri, dovranno essere redatti appositi sintetici verbali.

La misurazione della performance individuale viene così distinta in funzione delle qualifiche professionali e degli obiettivi assegnati.

Per i dirigenti Responsabili di Dipartimento, di Struttura Complessa, di Struttura Semplice a natura dipartimentale e di Struttura Semplice la misurazione della performance individuale è legata a:

- raggiungimento degli obiettivi strategici ed istituzionali aziendali, declinati negli strumenti di programmazione per l'articolazione aziendale di afferenza, e assegnati tramite il processo di budget;
- contributo di performance del settore di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi, come declinati nell'apposita scheda individuale.

Per i restanti la misurazione della performance individuale è legata a:

- raggiungimento di obiettivi individuali assegnati nell'ambito della scheda individuale di valutazione dal superiore gerarchico di riferimento, quale ulteriore declinazione degli obiettivi strategici e istituzionali aziendali;
- contributo di performance al settore di appartenenza, alle competenze dimostrate ed ai comportamenti professionali e organizzativi, come declinati nell'apposita scheda individuale.

Per il personale del comparto, ivi incluso quello titolare di indennità di coordinamento e di posizione organizzativa, la misurazione della performance individuale è legata a:

- raggiungimento dell'obiettivo di attività, di carattere operativo, assegnato dai dirigenti Responsabili di riferimento, nell'ambito della scheda individuale di valutazione;
- contributo di performance al settore di appartenenza, alle competenze dimostrate e ai comportamenti professionali, come declinati nell'apposita scheda individuale.

Si tiene quindi conto dei seguenti aspetti procedurali:

- relazione tra perfomance organizzativa e performance individuale, per il personale appartenente alla dirigenza, con particolare riguardo agli obiettivi strategici e istituzionali aziendali,
- valutazione delle competenze professionali e manageriali, per il personale appartenente alla dirigenza;
- valutazione del contributo individuale per il personale del comparto al raggiungimento dell'obiettivo del CdR definito in termini di risultati e di comportamenti attesi.

3 - Il processo di misurazione

Il processo di misurazione in cui si articola il sistema della performance si basa essenzialmente sulle seguenti aree:

a. Area dei risultati

b. Area dei comportamenti organizzativi

Le valutazioni dei risultati legati al raggiungimento degli obiettivi assegnati ed i comportamenti, unitamente agli obiettivi individuali, concorrono alla valutazione finale di ciascun dipendente secondo criteri che variano in base ai ruoli ed alla responsabilità. Per tutti i dipendenti, comunque, le valutazioni dovranno essere ispirate ai principi di trasparenza (sia nei risultati che nei criteri), di chiarezza rispetto alle modalità di valutazione ed equità nelle valutazioni.

Sub.a - Area dei risultati

Per quanto riguarda i risultati, si specifica che la valutazione verte sull'insieme degli obiettivi assegnati e sulla partecipazione del dipendente al raggiungimento degli stessi. Gli obiettivi sono programmati su base annuale e definiti nei primi mesi dell'anno di riferimento, anche a fronte delle indicazioni regionali. Gli obiettivi sono definiti tenuto conto delle risorse di bilancio ed il loro raggiungimento è sempre collegato al vincolo dell'equilibrio economico ed al rispetto del budget assegnato alle strutture.

Gli obiettivi assegnati devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla mission aziendale, alle priorità ed alle strategie dell'amministrazione, come declinate dal livello regionale,
- specifici e misurabili,
- tali da determinare un significativo miglioramento della qualità dei servizi erogati e degli interventi,

- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno,
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili,
- collegati ad indicatori univoci per le aziende del sistema sanitario regionale,
- confrontabili con valori di riferimento standard.

Sub.b – Area dei comportamenti organizzativi

Per quanto riguarda i comportamenti organizzativi, si specifica che la valutazione verte sui comportamenti individuali che devono risultare coerenti con gli obiettivi istituzionali e devono riferirsi al profilo professionale del dipendente.

I comportamenti del personale dirigente sono stati individuati all'interno di tre macroaree: integrazione interna / esterna, organizzazione, risoluzione conflitti.

I comportamenti del personale, ovvero le competenze operative, del comparto sono stati individuati all'interno delle seguenti macro-aree: conoscenze generali, grado di coinvolgimento nella U.O., attenzione ai propri doveri, orientamento all'utenza.

4 - Gli strumenti di misurazione

Lo strumento di misurazione della performance individuale è rappresentato dalla scheda di valutazione individuale che è strutturata in modo da misurare sia il raggiungimento degli obiettivi sia i comportamenti.

La scheda individuale presenta differenze in termini di pesi assegnati alla componente "obiettivi" e a quella "comportamenti", a seconda che si riferisca al personale della dirigenza o a quello del comparto.

Le schede, definite nell'ambito della contrattazione integrativa, conterranno chiaramente per tutti gli item di valutazione gli indicatori, il peso e il range di punteggio disponibile.

La scheda dovrà essere siglata dal superiore gerarchico responsabile della valutazione e dovrà essere portata a conoscenza del dipendente valutato che, a sua volta, la dovrà firmare.

5 – La corresponsione dei compensi

La retribuzione di risultato è corrisposta a consuntivo nei limiti dei fondi contrattuali annualmente quantificati con apposito atto di determina in funzione del raggiungimento totale o parziale dell'obiettivo assegnato con la scheda individuale (si veda il fac-simile all'allegato 2) previa certificazione del Nucleo di Valutazione, entro il primo mese successivo alla chiusura del bilancio di esercizio dell'anno di riferimento.

La contrattazione integrativa potrà destinare una quota per specifiche progettualità delle Direzioni di Area Vasta, in coerenza con gli obiettivi strategici aziendali assegnati dall'ASUR.

La restante quota dei fondi, sarà destinata a remunerare il raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati ad ogni CdR e la performance individuale come risultante dalla scheda di valutazione individuale.

Nell'ambito della contrattazione integrativa, sarà possibile stabilire l'erogazione di un acconto nonché le modalità di verifica dello stato di avanzamento delle attività relative all'acconto corrisposto.

ALLEGATO 1

Area Vata n. _

Scheda di Budget
Anno _____

DIPARTIMENTO

C.D.R.

RESPONSABILE

SETTORE STRATEGICO	OBIETTIVO	AZIONI	INDICATORE	PESO DIRIGENZA	PESO COMPARTO	VALORE ATTESO	RANGE PUNTEGGIO	NOTE
Economico-finanziario								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Efficienza ed appropriatezza organizzativa								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Miglioramento della Qualità - Comunicazione - Soddisfazione degli utenti								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						
Apprendimento e crescita dell'organizzazione								
	1-	1-						
	2-	2-						
	3-	3-						

RISORSE ECONOMICHE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
Consumi di beni sanitari					
Consumi di medicinali con AIC, ad eccezione di vaccini ed emoderivati di produzione regionale					
Consumi di medicinali senza AIC					
Consumi di emoderivati di produzione regionale					
Consumi di sangue ed emocomponenti					
Consumi di prodotti dietetici					
Consumi di materiali per la profilassi igienico-sanitaria					
Consumi di prodotti farmacuetici ad uso veterinario					
Consumi di materiali chirurgici, sanitari e diagnostici ad uso veterinario					
Consumi di dispositivi medici					
Consumi di dispositivi medici impiantabili attivi					
Consumi di dispositivi medici diagnostici in vitro					
Consumi di prodotti chimici					
Consumi di altri beni e prodotti sanitari					
Consumi di beni non sanitari					
Acquisti di prestazioni e servizi sanitari					
Rimborsi, assegni e contributi					
Acquisti di servizi non sanitari					
Manutenzioni e riparazioni					
Godimento beni di terzi					
Costo del personale ruolo sanitario					
Costo del personale ruolo professionale					
Costo del personale ruolo tecnico					
Costo del personale ruolo amministrativo					
Altri costi del personale dipendente					
Altre convenzioni di lavoro					
Ammortamenti					
TOTALE COSTI DIRETTI	0		0		

INDICATORI DI PERFORMANCE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
(si veda il Piano degli indicatori e dei risultati attesi 2015)					

RISORSE UMANE: N. UE	BUDGET ANNO N	CONSUNTIVO ANNO N-14	BUDGET ANNO N-1	VAR. ASS.	VAR. %
Ruolo sanitario: dirigenza medica					
Ruolo sanitario: dirigenza non m.					
Ruolo sanitario: comparto san					
Ruolo professionale: dirigenza prof					
Ruolo professionale: comparto prof					
Ruolo tecnico: dirigenza tecn					
Ruolo tecnico: comparto tec					
Ruolo amministrativo: dirigenza amm					
Ruolo amministrativo: comparto amm					
TOTALE					

NUOVE TECNOLOGIE	Codice CIVAB (solo per Attr. Biomedicali)	Acquisto/leasing/noleggio/comodato	Nuova/Upgrading/ integrazione	Sostituz./ Potenziamento/ Innovazione/rispondenza a standard di legge (specificare)	Valore
Attrezzature Biomedicali					
Software e licenze					
Impianti e macchinari					
Mobili e arredi					
Automezzi e Ambulanze					
Altri beni					

ALLEGATO2

SCHEDA di VALUTAZIONE

DIRIGENZA

(fac-simile)

Anno	Struttura Organizzativa

Dati Anagrafici del Valutato

Cognome e Nome	Matricola

Posizione professionale

Area dei risultati	**Punteggio**
Livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza	
....	
Livello di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati (come da scheda obiettivi allegata)	
...	

Area dei comportamenti organizzativi	**Punteggio**
Integrazione interna/esterna	
Organizzazione	
Risoluzione dei conflitti	
VALUTAZIONE COMPLESSIVA (= somma dei punteggi)	

Punti di forza e Aspetti da migliorare
Osservazioni del valutato

Data _____

Firma del valutatore _____

Firma del valutato _____

SCHEDA di VALUTAZIONE

COMPARTO

(fac-simile)

Anno	Struttura Organizzativa

Dati Anagrafici del Valutato

Cognome e Nome	Matricola

Posizione professionale

Area dei risultati	**Punteggio**
Livello di partecipazione ai risultati della struttura di appartenenza	
...	
Livello di raggiungimento degli obiettivi individuali assegnati (come da scheda obiettivi allegata)	
....	

Area dei comportamenti organizzativi	**Punteggio**
Conoscenze generali	
Grado di coinvolgimento nella struttura	
Attenzione ai propri doveri	
Orientamento all'utenza	
VALUTAZIONE COMPLESSIVA (= somma dei punteggi)	

Punti di forza e Aspetti da migliorare

Osservazioni del valutato

Data _____

Firma del valutatore _____

Firma del valutato _____